

http://www.cclin-france.fr/

MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD

FICHES TECHNIQUES / PRATIQUES



DÉCEMBRE 2011 - VERSION 1















Préface

La prise de conscience du risque infectieux dans les EHPAD est relativement récente. Plusieurs enquêtes tant en France qu'en Europe ont montré la réalité des infections associées aux soins (IAS) chez les résidents des structures d'hébergement. Actuellement, nous pouvons penser que la fréquence des IAS tourne autour de 4 à 11 % selon les critères de définitions, qui, il faut le reconnaître, ne font pas l'unanimité et nécessiteraient d'être revues[1].

Depuis quelques années, différents groupes professionnels ont participé à l'amélioration de la prévention du risque infectieux -RI- dans les EHPAD, en lien avec les professionnels et les représentants des sociétés savantes [2] [3] . Le GREPHH a publié en janvier 2011 un manuel d'auto-évaluation pour la maîtrise du risque infectieux en EHPAD[4]

Sous l'égide des CCLINS, a été constitué un groupe multidisciplinaire, rassemblant des professionnels de CCLIN d'ARLIN et d'EHPAD, groupe chargé de réaliser un document, sous forme de fiches techniques qui permettront aux établissements de se les approprier. Présentées de façon anonyme, ces fiches pourront servir à constituer le guide de base des pratiques de prévention du RI de l'établissement. L'objectif du groupe de travail était en priorité de mettre à disposition des documents validés, pratiques et actualisés.

La majorité de ces fiches sont des documents élaborés en collaboration avec des professionnels de CCLIN, d'ARLIN, d'EHPAD ou des organismes comme la HAS. Tous les aspects de la prévention du risque infectieux en EHPAD pour sa maîtrise sont envisagés en 7 chapitres, depuis l'organisation des moyens jusqu'à la prévention des accidents d'exposition au sang. Deux chapitres particulièrement importants concernent la gestion de l'environnement et la gestion des soins.

Ces fiches qui viennent en complément du guide d'auto-évaluation du GREPHH sont proposées aux établissements médico-sociaux dans le cadre du Programme National de Prévention des Infections médico-social 2011-2013.

Benoist Lejeune
CHRU de Brest et CCLIN Ouest

1. Gavazzi G & coll JAGS 2010; 58,1:199-201
2. Les Bonnes Pratiques de Soins en EHPAD, DGS, DGAS, SFG&G 2007.
3. ORIG HygièneS 2010 18 (1)
4. www.grephh.fr


Sommaire


CCLIN
Centres de coordination de lutte contre les infections nosocomiales

Sommaire





Liste des abréviations

AES : Accident avec Exposition au Sang

ARLIN : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ARS : Agence Régionale de Santé

BMR : Bactérie Multi Résistante aux antibiotiques

CAT : Conduite A Tenir

CCP : Critical Control Point. Procédure où il est nécessaire et possible de contrôler les risques. En buanderie la méthode est dénommée RABC

CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CCI : Cathéter à Chambre Implantable

CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeux

CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CVGAS : Cellule de Veille et de Gestion des Alertes Sanitaires

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DAOM : Déchets Assimilés Ordures Ménagères

DDCSPP : Direction Départementale de la Cohésion Sociale et de la Protection des Populations

DM : Dispositifs Médicaux

DU : Diplôme Universitaire

ECS : Eau Chaude Sanitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EOH : Equipe Opérationnelle en Hygiène

EPU : Enseignement Post-universitaire

FFP : Filtering Facepiece Particles - Pièce Faciale Filtrante, appareil de Protection respiratoire (masque) (FFP1 FFP2)

GEA : Gastro-Entérite Aigüe

GREPHH : Groupe d'Evalution des Pratiques en Hygiène Hospitalière

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point : Analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise. Méthode ou démarche d'analyse et de raisonnement permettant d'identifier les dangers et les risques en cuisine

HAS : Haute Autorité de Santé

IN, IAS : Infection Nosocomiale, Infection Associée aux Soins

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IRA : Infection Respiratoire Aigüe

OM : Ordures Ménagères

OPCT : Objet Piquant Coupant Tranchant

ORIG : Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie

PHA : Produits Hydro-Alcooliques

PC : Précautions Complémentaires

PS : Précautions Standard

RABC : Risk Analysis and Biocontamination Control : méthode d'analyse des risques de contamination microbiologiques du linge afin de les maîtriser

SFGG : Société Française de Gériatrie et Gérontologie

SF2H : Société Française d'Hygiène Hospitalière

TIAC : Toxi-Infection Alimentaire Collective

UU : Usage Unique

VHB : Virus de l'Hépatite **B**

VHC : Virus de l'Hépatite **C**

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine





Composition du groupe

Coordination B. LEJEUNE – C. BERNET

N. ARMAND	Equipe d'hygiène inter-EHPAD	Valence
O. BAUD	ARLIN Auvergne	Clermont-Ferrand
C. BERNET	CCLIN Sud-Est	Lyon
M. BESSON	ARLIN Auvergne	Clermont-Ferrand
C. BEUVE	Equipe Inter-EHPAD - Korian groupement privé	Paris
P. BURLAT	ARS Rhône Alpes	Lyon
M-A. ERTZSCHEID	CCLIN Ouest	Rennes
C. FAURE	Equipe épidémiologie hygiène inter-EHPAD	Valence
B. GRISI	Equipe d'hygiène Inter-EHPAD	Villefranche
D. LANDRIU	CCLIN Paris Nord	Paris
A. LORY	ARLIN Paca	Marseille
N. LARROUMES	ESPRI* - HCL	Lyon
B. LEJEUNE	CCLIN Ouest	Rennes
D. ZARO GONI	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux
N. VERNIER	CCLIN Est	Nancy

Conception des documents

E. SOUSA	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux
D. ZARO-GONI	CCLIN Sud-Ouest	Bordeaux

* *Equipe sectorielle de prévention du risque infectieux*





Contexte et Objectif

Dans le cadre du Programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013, il est demandé de mettre en œuvre une démarche qui permette à chaque structure concernée notamment les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'évaluer le risque infectieux et d'en apprécier son niveau de maîtrise. Cette étape accomplie chaque EHPAD aura à élaborer ou à adapter son programme d'action qui sera formalisée dans un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI).

Les EHPAD ont déjà à leur disposition un outil d'auto appréciation de leur niveau de maîtrise du risque infectieux élaboré par le Groupe d'Evaluation des Pratiques en Hygiène Hospitalières (GREPHH) réunissant les cinq CCLIN.

En complément de cet outil, est mis à la disposition des EHPAD un recueil de fiches techniques et de protocoles. L'élaboration de ce recueil a été confiée à un groupe de travail inter CCLIN s'appuyant sur l'expérience des professionnels d'EHPAD.

L'objectif de ce document est de proposer aux EHPAD des fiches techniques permettant d'améliorer les situations identifiées lors de l'évaluation. Ces fiches s'intègrent dans un programme démarche qualité et de prévention des risques infectieux.

Methodologie

Le groupe de travail s'est mis en place dès le mois d'avril 2011. Il s'est attaché à travailler avec des professionnels intervenant dans les EHPAD (hygiénistes, infirmières, praticiens et qualiticiens).

Connaissant la multitude de travaux thématiques réalisés concernant la prévention du risque infectieux en EHPAD, le groupe ainsi constitué, avant la création d'autres outils, a retenu ceux existants en privilégiant les critères suivants :

- les travaux avec une spécificité EHPAD,
- des documents synthétiques,
- une publication récente afin que le document puisse répondre aux réglementations en vigueur,
- une rédaction par des professionnels avec une validation des CCLIN et/ou de l'ARLIN* auteur de la fiche.

Ce document est volontairement non paginé afin d'utiliser les fiches indépendantes. Il a donc été volontairement exclu du document tout texte réglementaire, consultable par ailleurs, sur les sites ad hoc. Il n'aura été repris que les données des textes pouvant être utiles et guidées dans les réponses aux critères de l'auto appréciation.

Bien que réunissant des outils de formats très divers, en les réunissant dans un seul recueil, ils deviendront plus faciles à consulter.

Afin d'identifier rapidement l'outil utile, le groupe de travail a fait le choix de les reclasser dans des rubriques thématiques respectant le sommaire du manuel du GREPHH.

Mode d'emploi

- Identifier dans le sommaire le numéro de la fiche thématique souhaité.
- Sélectionner la fiche.
- Le document (format PDF) peut être imprimé ou téléchargé.

La fiche présente toujours un cartouche qui peut être personnalisé par l'établissement.

Bien que les ressources documentaires semblent fort multiples dans le champ de la prévention du risque infectieux en EHPAD, comme vous pourrez le constater, des thématiques n'ont pas encore été accompagnées d'outil pratique. Aussi, le groupe de travail, se propose d'y répondre à la suite de la communication de la première version du Recueil.

* *En l'absence de document validé CCLIN/ARLIN, il a été proposé des outils d'équipe d'hygiène locale ou inter-sectorielle.*

Chapitre I : Organisation des moyens de prévention dans l'établissement

Fiche n° I.1 : Moyens

- Programme de formation «Médicaux»
- Programme de formation «Paramédicaux»
- Liste des formations diplômantes en hygiène hospitalière présentées par Inter-région

Fiche n° I.2 : Surveillance / Alertes / Indicateurs

- Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition
- Coordonnées en cas d'alerte par inter-région
- Coordonnées des ARLIN

Fiche n° I.3 : Antibiotiques (un «kit» de formation sera disponible fin 2011 - Direction Générale de la Santé)

Fiche n° I.4 : Tenue du personnel dans l'établissement


Sommaire





Logo ou nom de l'établissement	PROGRAMME DE FORMATION «MÉDICAUX»	Référence : Date : / /20 Version :

Thèmes de formation, **O**bjectifs pédagogiques

Thèmes de formation	**Catégorie professionnelle concernée**	**Objectifs pédagogiques**
1- Définitions	Médecin coordonnateur Médecin libéral Directeur IDE coordinatrice	Connaître le cadre réglementaire et les recommandations concernant la prévention du risque infectieux
2- Précautions Standard (PS)	Médecin coordonnateur Médecin libéral Directeur IDE coordinatrice	- Savoir faire une hygiène des mains adaptée aux situations rencontrées - Connaître les situations de soins qui nécessitent un port de protection (masque, gants, tablier …) et appliquer les recommandations - Connaître les différentes procédures de traitement du matériel utilisé - Etre capable de faire un tri sélectif en fonction du type de déchets - Connaître et appliquer la procédure du tri du linge de l'établissement et des résidents - Connaître la CAT en cas d'AES pour le personnel
3- Stratégie médicale de prévention des IAS et de gestion d'épisodes infectieux épidémiques ou non	Médecin coordonnateur Médecin libéral Directeur IDE coordinatrice	Mettre en place une politique de bonnes pratiques et de prévention : - prélèvements microbiologiques - lutte contre la diffusion des BMR - politique de bonne utilisation des antibiotiques - politique vaccinale - cahier des charges avec le laboratoire Connaître la CAT en cas de: - BMR (Bactéries Multi Résistantes) - coqueluche - gale - grippe - IRA (Infections Respiratoires Aiguës) - ICD (Infection à *Clostridium difficile*) - TIAC (Toxi Infection Alimentaire Collective) - Gastroentérites
4- Formation Médicale Continue et information	Médecin coordonnateur Médecin libéral	Mettre à jour les compétences médicales

Pour en savoir plus, rapprochez vous de vos ARLIN-CCLIN, de vos organismes de formation.



Logo ou nom de l'établissement	PROGRAMME DE FORMATION «PARAMÉDICAUX»	Référence : Date : / /20 Version :

Thèmes de formation, Objectifs pédagogiques

Thèmes de formation	Catégorie professionnelle concernée ou autres	Objectifs pédagogiques
1- Précautions Standard (PS)	IDE Coordinatrice, IDE AS, ASH Personnel d'entretien	- Savoir faire une hygiène des mains adaptée aux situations rencontrées - Connaître les situations de soins qui nécessitent un port de protection (masque, gants, tablier …) et appliquer les recommandations - Connaître les différentes procédures de traitement du matériel utilisé - Connaître les notions d'entretien de l'environnement et l'action des différents produits d'entretien - Etre capable de faire un tri sélectif en fonction du type de déchets - Connaître et appliquer la procédure du tri du linge de l'établissement et des résidents - Connaître la CAT en cas d'AES pour le personnel
2- Précautions Complémentaires (PC)	IDE Coordinatrice, IDE AS, ASH	Savoir mettre en place les précautions adaptées dans les cas suivants: - BMR (Bactéries Multi Résistantes) - coqueluche - ERG (Entérocoques Résistants aux Glycopeptides) - gale - grippe - IRA (Infections Respiratoires Aïgues) - ICD (Infection à *Clostridium difficile*) - TIAC (Toxi Infection Alimentaire Collective) - Gastroentérites aiguës
3- Hygiène et asepsie appliquées aux soins infirmiers	IDE Coordinatrice, IDE AS,	Savoir appliquer les règles d'hygiène et d'asepsie lors des soins aux résidents et notamment : - toilette - mise en place et surveillance d'une perfusion intraveineuse (IV) et/ou sous cutanée (S/C) - prise en charge de l'incontinence - pansement - oxygénothérapie et aérosol - distribution et administration de médicaments
4- Information aux visiteurs et intervenants extérieurs	Usagers, bénévoles, kinésithérapeutes, ergothérapeutes,…..	Respecter les bonnes pratiques en hygiène lors de l'intervention en institution

Pour en savoir plus, rapprochez vous de vos ARLIN-CCLIN, de vos organismes de formation.



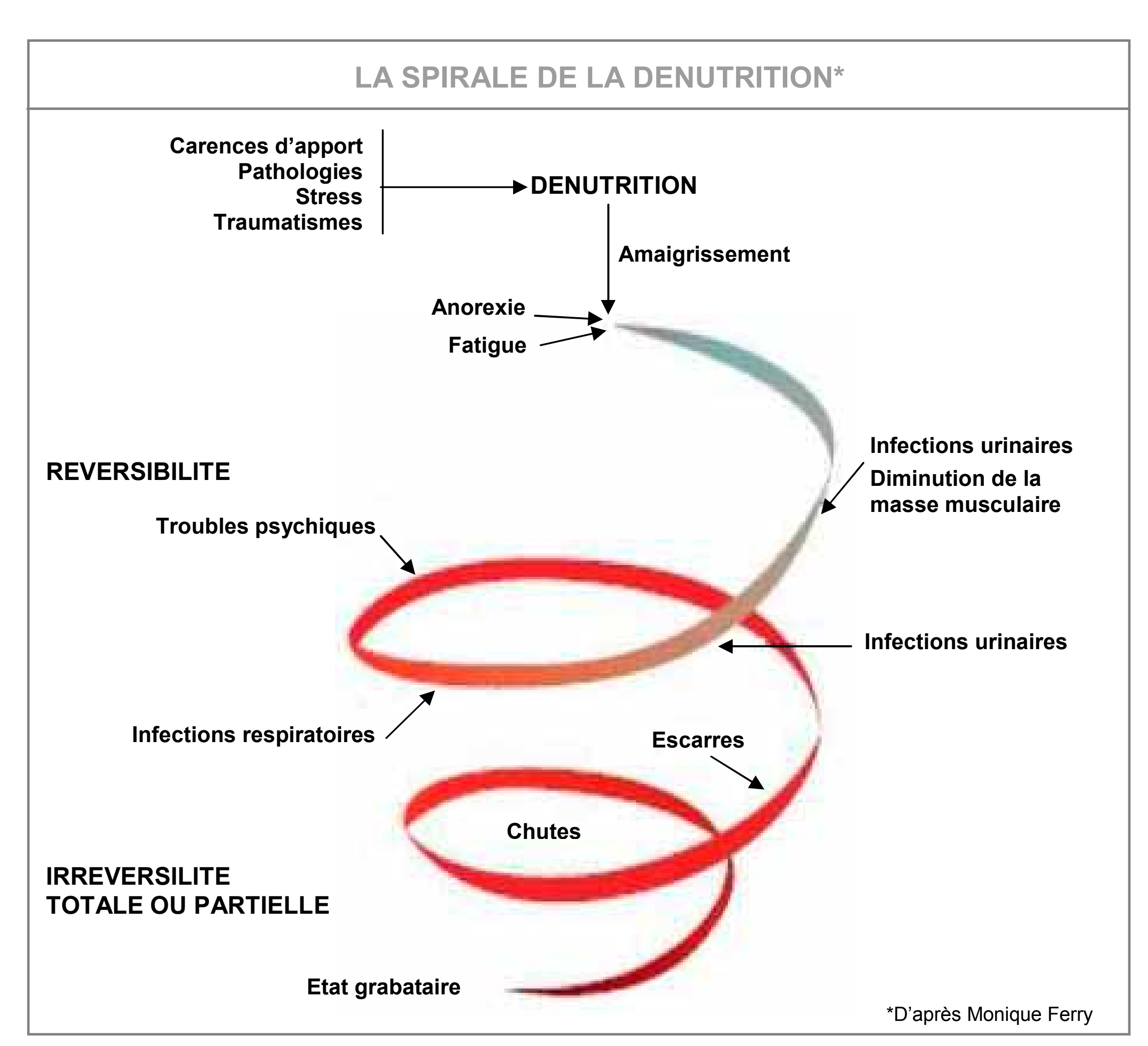


Logo ou nom de l'établissement	Liste des formations diplômantes en hygiène hospitalière présentées par inter-région	Référence : Date : / /20 Version :

Libellé	Centre formateur	Lieu	Resp. pédagogiques
Inter-région Est			
DU Hygiène hospitalière	Université de Franche-Comté : UFR sciences médicales et pharmaceutiques	Besançon	D. TALON
DU Hygiène hospitalière	Université Henri Poincaré, Nancy 1	Nancy	Pr HARTEMANN
DU Prévention des infections nosocomiales	Université Henri Poincaré, Nancy 1	Nancy	Pr HARTEMANN
DU Prévention des infections nosocomiales	Université de Strasbourg	Strasbourg	S. GAYET T. LAVIGNE
Inter-région Ouest			
DU en Hygiène	Faculté de Médecine Brest	Brest	Pr B. LEJEUNE
DU Prévention des infections nosocomiales et qualité des soins	Université de Caen	Caen	Pr X. LE COUTOUR
DU en Hygiène et épidémiologie infectieuse	Université de Nantes	Nantes	Pr D. VILLIERS Pr C. BATTAGLIA
DU de Méthodes en hygiène appliquée	Faculté de Médecine Rennes	Rennes	Dr F. RIOU Dr F. RESMOND Dr P. JARNO
Attestation universitaire et DIU Hygiène hospitalière	Université de Poitiers et Tours	Poitiers, Tours	Pr R. QUENTIN Dr N. VAN DER MEE Dr O. CASTEL
Inter-région Paris-Nord			
DU Hygiène hospitalière, prévention et lutte contre les infections nosocomiales	Faculté de médecine Amiens	Amiens	Pr F. EB Dr Z. KADI
BACHELOR Hygiène hospitalière	Conservatoire National des Arts et Métiers Nord-Pas de Calais	Béthune	Pr W. DAB E. GRONIER
DU Hygiène hospitalière et prévention des infections associées aux soins	Faculté de médecine Lille	Lille	Dr B. GRANDBASTIEN
DIU Infection nosocomiale et hygiène hospitalière	Université Pierre et Marie Curie Paris VI	Paris	Pr P. ASTAGNEAU
DU Gestion du risque nosocomial	Faculté de médecine Paris Diderot	Paris	Pr M. BRODIN Dr J-L. QUENON Dr M. EVEILLARD
DU Prévention des infections nosocomiales et qualité des soins	Université de Rouen	Rouen	Pr P. CZERNICHOW Pr JF. LEMELAND Dr V. MERLE
Inter-région Sud Est			
DU Hygiène et prévention des infections nosocomiales	Université de Clermont-Ferrand 1	Clermont-Ferrand	Pr O. TRAORE
DIU Hygiène pour les soignants	Université de la Méditerrannée Aix- Marseille	Marseille	Pr M; DRANCOURT
DU Hygiène hospitalière	Université de Montpellier 1	Nîmes, Montpellier	Pr J-P. DAURES Dr M. CAZABAN
DU Hygiène et écologie microbienne	Université de Nice Sophia Antipolis	Nice	Dr T. FOSSE Dr Y. BERROUANE
DU d'Infirmier(e) en hygiène hospitalière	Université Jean Monnet Saint-Etienne	Saint-Etienne, Lyon	Pr B. POZZETTO Pr J. FABRY
DIU Infectiologie et Hygiène hospitalières	Université Jean Monnet Saint-Etienne Université Lyon 1 Université Clermont-Ferrand 1	Saint-Etienne, Lyon	Pr. J. FABRY Pr P. BERTHELOT Pr O. TRAORE
Inter-région Sud-Ouest			
DU Hygiène hospitalière	Université Bordeaux 2	Bordeaux	Pr A-M. ROGUES
DU Hygiène hospitalière	Faculté de médecine Limoges	Limoges	Pr F. DENIS Dr M. MOUNIER
DU Hygiène hospitalière	Université Paul Sabatier Toulouse	Toulouse	Pr N. MARTY



Logo ou nom de l'établissement	STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE DÉNUTRITION	Référence : Date : / /20 Version :



Extrait de la plaquette « Alimentation de la personne âgée en EHPAD et établissements de santé »
Programme MOBIQUAL

Le programme Mobiqual est une action nationale dont l'objectif est de soutenir l'amélioration des pratiques de la qualité des pratiques professionnelles en EHPAD, en établissements de santé et à domicile, au bénéfice des personnes âgées et handicapées.

Différentes thématiques ont été développées, dont la nutrition (disponible) et la prévention du risque infectieux (à paraître en 2011).

A chacune des thématiques correspond au outil de sensibilisation, de formation et d'aide à la pratique quotidienne. Cet outil a été conçu par la société française de gériatrie et gérontologie (SFGG) en lien avec les sociétés savantes et les acteurs professionnels concernés.

Cet outil peut être remis à titre gratuit sur la base d'un engagement à une bonne utilisation (charte Mobiqual à signer).

Renseignements : mobiqual@sfgg.org





Logo ou nom de l'établissement	STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE DÉNUTRITION	Référence : Date : / /20 Version :



SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES (2007)

Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée

OBJECTIF
Élaborer un outil d'aide à la prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, pour les professionnels de santé.

ABRÉVIATIONS
CNO : compléments nutritionnels oraux ; NE : nutrition entérale ; AET : apports énergétiques totaux

SITUATIONS À RISQUE DE DÉNUTRITION

- **Situations sans lien avec l'âge :** cancers, défaillances d'organe chroniques et sévères, pathologies à l'origine de maldigestion et/ou de malabsorption, alcoolisme chronique, pathologies infectieuses et/ou inflammatoires chroniques, ainsi que toutes les situations susceptibles d'entraîner une diminution des apports alimentaires et/ou une augmentation des besoins énergétiques.
- **Situations plus spécifiques à la personne âgée (cf. ci-dessous)**

Psycho-socio-environnementales	Toute affection aiguë ou décompensation d'une pathologie chronique	Traitements médicamenteux au long cours
• Isolement social • Deuil • Difficultés financières • Maltraitance • Hospitalisation • Changement des habitudes de vie : entrée en institution	• Douleur • Pathologie infectieuse • Fracture entraînant une impotence fonctionnelle • Intervention chirurgicale • Constipation sévère • Escarres	• Polymédication • Médicaments entraînant une sécheresse de la bouche, une dysgueusie, des troubles digestifs, une anorexie, une somnolence, etc. • Corticoïdes au long cours
Troubles bucco-dentaires	**Régimes restrictifs**	**Syndromes démentiels et autres troubles neurologiques**
• Trouble de la mastication • Mauvais état dentaire • Appareillage mal adapté • Sécheresse de la bouche • Candidose oro-pharyngée • Dysgueusie	• Sans sel • Amaigrissant • Diabétique • Hypocholestérolémiant • Sans résidu au long cours	• Maladie d'Alzheimer • Autres démences • Syndrome confusionnel • Troubles de la vigilance • Syndrome parkinsonien
Troubles de la déglutition	**Dépendance pour les actes de la vie quotidienne**	**Troubles psychiatriques**
• Pathologie ORL • Pathologie neurologique dégénérative ou vasculaire	• Dépendance pour l'alimentation • Dépendance pour la mobilité	• Syndromes dépressifs • Troubles du comportement

MODALITÉS DE DÉPISTAGE

Populations cibles	Fréquence	Outils
Toutes les personnes âgées	• 1 fois/an en ville • 1 fois/mois en institution • Lors de chaque hospitalisation	• Rechercher des situations à risque de dénutrition (cf. supra) • Estimer l'appétit et/ou les apports alimentaires • Mesurer de façon répétée le poids et évaluer la perte de poids par rapport au poids antérieur • Calculer l'indice de masse corporelle : IMC = poids/taille^2 (poids en kg et taille en m)
Les personnes âgées à risque de dénutrition	• Surveillance plus fréquente : en fonction de l'état clinique et de l'importance du risque (plusieurs situations à risque associées)	
• Ce dépistage peut être formalisé par un questionnaire tel que le *Mini Nutritional Assessment*® (MNA)		



Logo ou nom de l'établissement	STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE DÉNUTRITION	Référence : Date : / /20 Version :

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DE DÉNUTRITION

Le diagnostic de dénutrition repose sur la présence d'un ou de plusieurs des critères ci-dessous.

Dénutrition	Dénutrition sévère
• **Perte de poids :** ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois • **Indice de masse corporelle :** IMC < 21 • **Albuminémie** [1] < 35 g/l • **MNA global** < 17	• **Perte de poids :** ≥ 10 % en 1 mois ou ≥ 15 % en 6 mois • **IMC** < 18 • **Albuminémie** < 30 g/l

1. Interpréter le dosage de l'albuminémie en tenant compte de l'état inflammatoire du malade, évalué avec le dosage de la protéine C-réactive.

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

- Plus la prise en charge est précoce, plus elle est efficace.

Objectifs de la prise en charge chez la personne âgée dénutrie	Modalités possibles de prise en charge nutritionnelle
• Apports énergétiques de 30 à 40 kcal/kg/j • Apports protéiques : 1,2 à 1,5 g/kg/j	• Orale : conseils nutritionnels, aide à la prise alimentaire, alimentation enrichie et compléments nutritionnels oraux (CNO) • Entérale • Parentérale

Critères de choix des modalités de prise en charge

- Le statut nutritionnel de la personne âgée
- Le niveau des apports alimentaires énergétiques et protéiques spontanés
- La sévérité de la (des) pathologie(s) sous-jacente(s)
- Les handicaps associés ainsi que leur évolution prévisible
- L'avis du malade et/ou de son entourage ainsi que les considérations éthiques

Indications de la prise en charge

- L'alimentation par **voie orale** est recommandée en première intention sauf en cas de contre-indication.
- La nutrition **entérale** (NE) est envisagée en cas d'impossibilité ou d'insuffisance de la nutrition orale.
- La nutrition **parentérale** est réservée aux trois situations suivantes et mise en œuvre dans des services spécialisés, dans le cadre d'un projet thérapeutique cohérent :
  → les malabsorptions sévères anatomiques ou fonctionnelles ;
  → les occlusions intestinales aiguës ou chroniques ;
  → l'échec d'une nutrition entérale bien conduite (mauvaise tolérance).

Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée

		Statut nutritionnel		
		Normal	**Dénutrition**	**Dénutrition sévère**
Apports alimentaires spontanés	**Normaux**	Surveillance	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation [1] à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation [1] à 15 jours
	Diminués mais supérieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation [1] à 1 mois	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation [1] à 15 jours et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation [1] à 1 semaine et si échec : NE
	Très diminués, inférieurs à la moitié de l'apport habituel	Conseils diététiques Alimentation enrichie Réévaluation [1] à 1 semaine, et si échec : CNO	Conseils diététiques Alimentation enrichie et CNO Réévaluation [1] à 1 semaine et si échec : NE	Conseils diététiques Alimentation enrichie et NE d'emblée Réévaluation [1] à 1 semaine

1. **La réévaluation comporte :**
   - le poids et le statut nutritionnel ;
   - la tolérance et l'observance du traitement ;
   - l'évolution de la (des) pathologie(s) sous-jacente ;
   - l'estimation des apports alimentaires spontanés (ingesta).





Logo ou nom de l'établissement	STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE DÉNUTRITION	Référence : Date : / /20 Version :

SUIVI EN CAS DE DÉNUTRITION CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

	Outils	Fréquence
Poids	Pèse-personne adapté à la mobilité du malade	1 fois/semaine
Apports alimentaires	Méthode simplifiée « semi-quantitative » ou calcul précis des ingesta sur 3 jours ou au moins sur 24 heures	Lors de chaque évaluation (voir « Stratégie de prise en charge nutritionnelle d'une personne âgée »)
Albumine	Dosage de l'albuminémie (sauf si albuminémie initiale normale)	Au plus 1 fois/mois

MODALITÉS DE LA PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE

Les conseils nutritionnels

- Respecter les repères du Programme national nutrition santé (PNNS)
- Augmenter la fréquence des prises alimentaires dans la journée
- Éviter une période de jeûne nocturne trop longue (> 12 heures)
- Privilégier des produits riches en énergie et/ou en protéines et adaptés aux goûts du patient
- Organiser une aide au repas (technique et/ou humaine) et favoriser un environnement agréable

L'enrichissement de l'alimentation

- Il consiste à enrichir l'alimentation traditionnelle avec différents produits de base (poudre de lait, lait concentré entier, fromage râpé, œufs, crème fraîche, beurre fondu, huile ou poudres de protéines industrielles, pâtes ou semoule enrichies en protéines…).
- Il a pour but d'augmenter l'apport énergétique et protéique d'une ration sans en augmenter le volume.

Les compléments nutritionnels oraux

- Ce sont des mélanges nutritifs complets administrables par voie orale, hyperénergétiques et/ou hyperprotidiques, de goûts et de textures variés.
- Les produits hyperénergétiques (≥ 1,5 kcal/ml ou g) et/ou hyperprotidiques (protéines ≥ 7,0 g/ 100 ml ou 100 g, ou protéines ≥ 20 % de l'AET) sont conseillés.
- Ils doivent être consommés lors de collations (à distance d'au moins 2 h d'un repas) ou pendant les repas (en plus des repas).
- L'objectif est d'atteindre un apport alimentaire supplémentaire de 400 kcal/jour et/ou de 30 g/jour de protéines (le plus souvent avec 2 unités/jour).
- Les CNO doivent être adaptés aux goûts du malade, à ses éventuels handicaps.
- Il est nécessaire de veiller à respecter les conditions de conservation (une fois ouvert, 2 h à température ambiante et 24 h au réfrigérateur).

La nutrition entérale (NE)

- **Indications de la NE** : si échec de la prise en charge nutritionnelle orale et en première intention en cas de troubles sévères de la déglutition ou de dénutrition sévère avec apports alimentaires très faibles
- **Mise en route de la NE** : hospitalisation d'au moins quelques jours (mise en place de la sonde, évaluation de la tolérance, éducation du patient et/ou de son entourage)
- **Poursuite de la NE à domicile** : après contact direct entre le service hospitalier et le médecin traitant, mise en place et suivi par un prestataire de service spécialisé, et éventuellement avec une infirmière à domicile ou une HAD si le patient ou son entourage ne peuvent prendre en charge la NE
- **Prescription de la NE** : prescription initiale pour 14 jours, puis prescription de suivi pour 3 mois, renouvelable
- **Surveillance de la NE :** par le service prescripteur et le médecin traitant en se basant sur le poids et l'état nutritionnel, l'évolution de la pathologie, la tolérance et l'observance de la NE et l'évaluation des apports alimentaires oraux







Logo ou nom de l'établissement	STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE DÉNUTRITION	Référence :
		Date : / /20
		Version :

SITUATIONS PARTICULIÈRES

Prise en charge nutritionnelle en fin de vie	L'objectif des soins nutritionnels est avant tout le plaisir et le confort. • Maintien d'un bon état buccal • Soulagement des symptômes qui peuvent altérer l'envie ou le plaisir de s'alimenter (douleur, nausées, glossite et sécheresse buccale) L'initiation d'une renutrition par voie parentérale ou entérale n'est pas recommandée.
Prise en charge nutritionnelle en cas de maladie d'Alzheimer	• Recommandée en cas de perte de poids • À adapter aux troubles du comportement alimentaire, aux troubles praxiques ou aux troubles de la déglutition • En cas de forme **légère ou modérée :** débuter par voie orale puis, en cas d'échec, proposer la nutrition entérale pour une durée limitée • En cas de forme **sévère** : la nutrition entérale n'est pas recommandée en raison du risque élevé de complications
Prise en charge nutritionnelle en cas de risque d'escarres ou d'escarres constituées	• Objectifs nutritionnels identiques à ceux de la personne âgée dénutrie • À débuter par voie orale • En cas d'échec, nutrition entérale, en tenant compte des caractéristiques somatiques du malade et de considérations éthiques
Prise en charge nutritionnelle en cas de troubles de la déglutition	• Préserver une alimentation orale, même minime, si le risque d'inhalation est jugé faible • NE indiquée, si la voie orale entraîne des complications respiratoires et/ou est insuffisante pour couvrir les besoins nutritionnels • Si la durée prévisible des troubles de la déglutition est supérieure à 2 semaines, préférer la NE par gastrostomie plutôt que par sonde naso-gastrique
Prise en charge nutritionnelle en période de convalescence (après une pathologie aiguë ou une intervention chirurgicale)	• En cas de perte de poids, après un épisode médico-chirurgical aigu • Dans le cas particulier de la fracture du col fémoral, prescription transitoire de compléments nutritionnels oraux
Prise en charge nutritionnelle en cas de dépression	• En cas de dénutrition ou de diminution des ingesta • Surveillance nutritionnelle régulière des patients

COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE

À domicile

- Aides individuelles : aide de l'entourage, aide ménagère, portage des repas, foyers, restaurants
- Structures ayant un rôle de mise en place des dispositifs, de coordination et d'information :
  - Les réseaux de soins, dont les réseaux gérontologiques
  - Les centres communaux d'action sociale (CCAS)
  - Les centre locaux d'information et de coordination (CLIC)
  - Les services sociaux
- Pour la prise en charge financière de ces aides :
  - L'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
  - L'aide sociale départementale
  - L'aide des caisses de retraite et certaines mutuelles

En institution,

- Prise en charge multidisciplinaire sous la responsabilité du médecin coordinateur

À l'hôpital,

Pour améliorer la prise en charge nutritionnelle et veiller à la qualité de la prestation alimentation-nutrition :
- Le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN)
- La création dans les hôpitaux d'unités transversales de nutrition (UTN)



Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles « Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée » Validées en avril 2007

Les recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

© Haute Autorité de santé – 2007 – Imprimé par IME – FS°(copyright°)



Logo ou nom de l'établissement	STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE EN CAS DE DÉNUTRITION	Référence : Date : / /20 Version :

Fiche descriptive

TITRE	**Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée**
Méthode de travail	Recommandations pour la pratique clinique
Objectif(s)	L'objectif de ces recommandations est d'élaborer un outil pratique de repérage et de prise en charge de la personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition
Professionnel(s) concerné(s)	Tous les professionnels de santé amenés à prendre en charge une personne âgée dénutrie ou à risque de dénutrition, et plus particulièrement les médecins généralistes, les gériatres, ainsi que les diététiciens, les infirmiers, les médecins nutritionnistes et les gastro-entérologues
Demandeur	Direction générale de la santé
Promoteur	Haute Autorité de santé
Financement	Fonds publics
Pilotage du projet	Coordination : Dr Christine Revel, chef de projet, service des recommandations professionnelles de la HAS ; Dr Najoua Mlika-Cabanne, adjoint du chef de service (chef de service : Dr Patrice Dosquet) Secrétariat : Mme Isabelle Le Puil Recherche documentaire : Mme Mireille Cecchin, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols, service de documentation de la HAS (chef de service : Mme Frédérique Pagès)
Participants	Sociétés savantes, comité d'organisation, groupe de travail (président : Pr Xavier Hébuterne, gastro-entérologue, nutritionniste, Nice), groupe de lecture : cf. liste des participants. Les participants au comité d'organisation et au groupe de travail ont communiqué une déclaration d'intérêts à la HAS.
Recherche documentaire	De janvier 1995 à juin 2006
Auteurs de l'argumentaire	Dr Agathe Raynaud-Simon, gériatre, Ivry-sur-Seine ; Dr Christine Revel, chef de projet, HAS, Saint-Denis
Validation	Avis de la Commission évaluation des stratégies de santé en mars 2007 Validation par le Collège de la HAS en Avril 2007
Autres formats	Fiche de synthèse et argumentaire, téléchargeables gratuitement sur www.has-sante.fr

Logo ou nom de l'établissement	Alerte coordonnées en inter-région Est	Référence : Date : / /20 Version :

Région.	Mail	Téléphone	Fax	Adresse
Lorraine	ars-lorraine-cvgs@ars.sante.fr	03 83 39 28 72	03 83 39 29 73	ARS de Lorraine Immeuble les Thiers - 4 rue Piroux BP 80071 54036 NANCY
Champagne-Ardenne	ars-ca-vss-cvgss@ars.sante.fr	03 26 66 79 29	03 59 81 36 91	ARS de Champagne-Ardenne Complexe tertiaire du Mont-Bernard 2 rue Dom-Pérignon - CS 40513 51007 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex
Bourgogne	ars21-alerte@ars.sante.fr	03 80 41 99 99	03 80 41 99 50	ARS de Bourgogne Le Diapason - 2 Place des Savoirs 21000 DIJON
Franche-Comté	ars25-alerte@ars.sante.fr	03 81 65 58 18	03 81 65 58 65	ARS de Franche-Comté La City - 3 Avenue Louise Michel 25044 BESANCON Cedex
Alsace	ars-alsace-veille-sanitaire@ars.sante.fr	03 88 88 93 33	03 59 81 37 19	ARS d'Alsace Direction de la protection et de la promotion de la santé Pôle de veille et de gestion des alertes sanitaires Cité administrative Goujot 14 rue du Maréchal Juin 67084 STRASBOURG Cedex





Logo ou nom de l'établissement	Alerte coordonnées en inter-région Nord	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Région	Mail	Téléphone	Fax	Adresse
Nord-Pas-de-Calais	ars-npc-veillesanitaire@ars.sante.fr	03.62.72.77.77	03.62.72.88.75	ARS NPC Cellule Régionale de Veille et Gestion des Alertes Sanitaires (CRVGAS) 556 avenue Willy Brand 59777 EURALILLE
Picardie	ars-picardie-signaux@ars.sante.fr	03.22.97.09.02	03.22.97.09.01	ARS Cellule de réception et d'orientation des signaux 52 rue Daire 80037 AMIENS Cedex
Haute-Normandie	ars-hnormandie-cvgs@ars.sante.fr	02.32.18.31.69	02.32.18.26.92	ARS H-N 31 rue «Mallouet» - Imm. «Le Mail» 76040 ROUEN Cedex
Île-de-France	ars75-alerte@ars.sante.fr	0825 811 411	01.44.02.06.76	ARSIF Cellule de Veille d'Alerte et de Gestion Sanitaires 36, rue de la Gare 75935 PARIS Cedex 19

CCLIN Nord - Pavillon Leriche
96 rue Didot- 75014 PARIS
Tél. : 01.40.27.42.00 - Fax : 01.40.27.42.17
http://www.cclinparisnord.org



Logo ou nom de l'établissement	Alerte coordonnées en inter-région Ouest	Référence : Date : / /20 Version :

Région	Mail	Téléphone	Fax	Adresse
Basse-Normandie	arsbnormandie-veille-sanitaire@ars.sante.fr	02 31 70 95 10	02 31 70 95 50	ARS de Basse-Normandie Espace Claude Monet 14050 CAEN Cedex 4
Bretagne	ars35-alerte@ars.sante.fr	09 74 50 00 09	02 90 01 25 25	ARS de Bretagne 6, Place des colombes - CS 14253 35042 RENNES Cedex
Centre	ars45-alerte@ars.sante.fr	02 38 77 32 10	02 34 00 02 58	ARS du Centre 131, Faubourg Bannier BP 74409 45044 ORLÉANS Cedex
Pays de la Loire	ars44-alerte@ars.sante.fr	0 800 277 303	02 49 10 43 89	ARS des Pays de la Loire 17 bd Gaston Doumergue CS 56233 44262 NANTES Cedex 02

CCLIN Ouest - CHU Hôtel Dieu
CS 26419- 35064 RENNES Cedex 2
Tél. : 02.99.87.35.30 - Fax : 02.99.87.35.32
http://www.cclinouest.com







Logo ou nom de l'établissement	Alerte coordonnées en inter-région Sud-Est	Référence : Date : / /20 Version :

Région	Mail	Téléphone	Fax	Adresse
Auvergne	ars63-alerte@ars.sante.fr	04 73 74 48 80	04 88 00 67 24	ARS du Puy de Dôme 60 avenue de l'Union Soviétique 63057 CLERMONT-FERRAND Cedex
Corse	ars2a-alerte@ars.sante.fr	04 95 51 99 88	04 95 51 99 12	ARS de Corse Quartier St Joseph - CS 13 003 20700 AJACCIO Cedex 9
Languedoc-Roussillon	ars34-alerte@ars.sante.fr	04 67 07 20 60	04 57 74 91 00	ARS Languedoc-Roussillon 28 Parc-Club du Millénaire - 1025 rue Henri Becquerel - CS 30001 34067 MONTPELLIER Cedex 2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	ars-paca-vss@ars.sante.fr	04 13 55 80 00	04 13 55 83 44	ARS PACA 132 bvd de Paris - CS 50039 13331 MARSEILLE Cedex 03
Rhône-Alpes	ars69-alerte@ars.sante.fr	04 72 34 31 52	04 78 60 88 67	ARS Rhône-Alpes 129 rue Servient 69418 LYON Cedex 03
Océan Indien	ars-oi-signal-reunion@ars.sante.fr	02 62 93 94 15	02 62 93 94 56	ARS-OI, Délégation de la Réunion 2 bis avenue Georges Brassens CS 60050 97408 SAINT DENIS Cedex 9
Océan Indien	ars-oi-cvags-mayotte@ars.sante.fr	02 69 61 83 20	02 69 61 83 21	ARS-OI, Délégation de Mayotte Rue Mariazé - BP 410 97600 MAMOUDZOU

CCLIN Sud-Est - Hôpital Henry Gabrielle - Villa Alice
20 route de Vourles - 69230 SAINT-GENIS-LAVAL
Tél. : 04.78.86.49.49 - Fax : 04.78.86.49.48
http://www.cclin-sudest.chu-lyon.fr







Logo ou nom de l'établissement	Alerte coordonnées en inter-région Sud-Ouest	Référence : Date : / /20 Version :

Région	Mail	Tel	Fax	Adresse
Aquitaine	ars33-alerte@ars.sante.fr	05.57.01.47.90	05.67.76.70.12	ARS d'Aquitaine Espace Rodesse, BP 922 103 rue de Belleville 33062 BORDEAUX
Guadeloupe	ars971-alerte@ars.sante.fr	05.90.41.02.00	05.90.99.49.24	ARS de Guadeloupe Rue des Archives Bisdary 97113 GOURBEYRE
Guyane	ars-guyane-veille-sanitaire@ars.sante.fr	05.94.25.72.37	05.94.25.53.36	ARS de Guyane 19 rue Schoelcher BP 5001 97305 CAYENNE
Limousin	ars87-alerte@ars.sante.fr	05.55.11.54.54	05.67.80.11.26	ARS du Limousin 24 rue Donzelot 87037 LIMOGES
Martinique	ars972-alerte@ars.sante.fr	08.20.202.752	05.96.39.44.26	ARS de Martinique Centre d'affaires AGORA Zac de l'Etang Z'abricot Pointe des grives, BP 656 97263 FORT DE FRANCE
Midi-Pyrénées	ars31-alerte@ars.sante.fr	08.20.22.61.01	05.34.30.25.86	ARS de Midi-Pyrénées 10 chemin du Raisin 31050 TOULOUSE Cedex 9
Poitou-Charentes	ars86-alerte@ars.sante.fr	05.49.42.30.00	05.49.44.83.89	ARS de Poitou-Charentes Site Northampton Rue Micheline Ostermeyer 86020 POITIERS

CCLIN Sud-Ouest - Hôpital Pellegrin
Bât. Le Tondu - 33076 BORDEAUX
Tél. : 05.56.79.60.58 - Fax : 05.56.79.60.12
http://www.cclin-sudouest.com







Logo ou nom de l'établissement	Coordonnées des ARLIN	Référence : Date : / /20 Version :

CCLIN Est			
ARLIN Alsace - ARALIN	CHU, Hôpital civil 23, rue de la porte de l'hôpital - BP 426 67091 STRASBOURG Cedex	03.88.11.54.32	03.88.11.54.34
ARLIN Bourgogne	Service d'épidémiologie et d'hygiène hospitalière CHU Hôpital le Bocage 10, Bd Maréchal De Lattre de Tassigny 21079 DIJON Cedex	03.80.29.33.94	03.80.29.34.97
ARLIN Champagne Ardenne Couriel : resclin@chu-reims.fr http://www.resclin.fr	CHU - Clinique de Champagne 3, rue de l'Université - 51100 REIMS	03.26.78.94.91	03.26.78.35.60
ARLIN Franche-Comté Courriel : rfclin@chu-besancon.fr http://www.rfclin.info/	2, place Saint Jacques - 25000 BESANÇON	03.81.21.89.30	03.81.21.89.31
ARLIN Lorraine Courriel : arlin@chu-nancy.fr http://www.cellule-regionale-hygiene.com	Service d'hygiène hospitalière Hôpitaux de Brabois - Rue du Morvan 54511 VANDOEUVRE LES NANCY	03.83.15.74.58	03.83.15.39.73
CCLIN Nord			
ARLIN Haute-Normandie	6ème étage de Dévé 1 - CHU de Rouen 1, rue de Germont - 76031 ROUEN Cedex	02.32.88.68.77	02.35.62.53.18
ARLIN Ile de France	Site Broussais - Pavillon Leriche - 3ème étage 96, rue Didot - 75014 PARIS	01.40.27.42.53	01.40.27.42.51
ARLIN Nord Pas-de-Calais	Service de Gestion du Risque Infectieux et Vigilance Hôpital Calmette - 1er étage Pavillon «Christiaens» CHRU de Lille 2, avenue Oscar Lambret - 59037 LILLE Cedex	03.20.44.69.57	03.20.44.69.42
ARLIN Picardie http://www.nosopicard.com	CHU d'Amiens - Place Victor Pauchet 80054 AMIENS Cedex 1	03.22.66.77.65	03.22.66.77.67
CCLIN Ouest			
ARLIN Basse-Normandie Courriel : rrh@chu-caen.fr http://www.rrhbn.org	Niveau 1 - CHU de Caen 14033 CAEN Cedex	02.31.06.51.51	02.31.06.49.14
ARLIN Bretagne Courriel : arlin.bretagne@chu-brest.fr	Unité d'hygiène - CHU Morvan 26609 BREST Cedex	02.98.22.34.66	02.98.22.36.75
ARLIN Centre Courriel : secretariat.rhc@chu-tours.fr http://www.rhc-arlin.com	Hôpital Bretonneau - 37044 TOURS Cedex 9	02.47.47.82.90	02.47.47.82.91
ARLIN Pays de la Loire http://www.aplein.org	CHU Le Tourville 5, rue professeur Yves Boquien 44093 NANTES	02.40.08.39.86	02.40.08.47.72







Logo ou nom de l'établissement	Coordonnées des ARLIN	Référence : Date : / /20 Version :

CCLIN Sud-Est			
ARLIN Auvergne Courriel : cclin-auvergne@chu-clermontferrand.fr	CHU Clermont-Ferrand Centre de Biologie 63003 CLERMONT-FERRAND Cedex 01	04.73.75.48.88	04.73.75.48.87
ARLIN Corse	Hôpital Eugénie Boulevard Lantivy - 20000 AJACCIO	04.95.51.99.69	04.95.51.99.91
ARLIN Languedoc-Roussillon Courriel : cclin-antenne-lr@chu-montpellier.fr	Hôpital La Colombière - Pav. n° 7 39, avenue Charles Flahault 34295 MONTPELLIER Cedex 5	04.67.33.74.69	04.67.33.01.69
ARLIN PACA Courriel : arlin.paca@ap-hm.fr	Hôpital Sainte Marguerite 270, boulevard Sainte Marguerite 13009 MARSEILLE	04.91.74.57.67	04.91.74.57.69
ARLIN FELIN Réunion - Mayotte Courriel : ant.cclin.felin@chr-reunion.fr	CHD Felix Guyon Route de Bellepierre 97405 SAINT DENIS Cedex	02.62.90.57.80	02.62.90.51.37
ARLIN Rhône-Alpes Courriel : cclin-antenne-ra@chu-lyon.fr	Hôpital Henry Gabrielle - HCL 20, route de Vourles 69230 SAINT GENIS LAVAL	04.78.86.49.30	04.78.86.52.82
CCLIN Sud-Ouest			
ARLIN Aquitaine Courriel : cclin.so-aquitaine@chu-bordeaux.fr	CHU de Bordeaux - Hôpital Pellegrin Bâtiment Le Tondu 33076 BORDEAUX	05.56.79.60.58	05.56.79.60.12
ARLIN Guadeloupe - CGRIN Courriel : cclin.so-guadeloupe@chu-guadeloupe.fr	CHU - BP 465 97159 POINTE A PITRE	05.90.89.16.80	05.90.89.16.81
ARLIN Guyane Courriel : cclin.so.guyane@ch-cayenne.fr	Centre Hospitalier André Rosemon Avenue des Flamboyants - BP 6006 97306 CAYENNE	05.94.39.48.38	05.95.39.48.87
ARLIN Limousin	CHU de Limoges Hôpital Dupuytren - 2ème sous-sol 2, avenue Martin Luther King 87042 LIMOGES Cedex	05.55.05.88.51	05.55.05.88.52
ARLIN Martinique - COMPILS Courriel : cclin.so-martinique@chu-fortdefrance.fr	CHU - BP 632 97261 FORT DE FRANCE	05.96.55.24.58	05.96.75.13.84
ARLIN Midi-Pyrénées Courriel : cclin.so-midi-pyrenees@chu-toulouse.fr	CHU Toulouse Purpan 330, avenue de Grande Bretagne 31059 TOULOUSE	05.61.77.20.20	05.61.77.20.46
ARLIN Poitou-Charentes	CHU de Poitiers Rue de la Milétrie – BP 577 86021 POITIERS	05.49.44.42.05	05.49.44.42.06







Logo ou nom de l'établissement	Tenue du personnel dans l'établissement	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Ce protocole est inséré au règlement intérieur de l'établissement.
(A définir par l'EHPAD)

1. Objectif

Définir la conduite à tenir en matière de tenue de travail et d'équipement de protection vestimentaire afin de limiter le risque de transmission croisée.

2. Domaine d'application

Les professionnels en contact direct avec les résidents.

3. References

- Hygiène et prévention du risque infectieux dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Octobre 2007 Ministère de la Santé.
- Recommandations pour une tenue vestimentaire adaptée des personnels soignants en milieu Hospitalier - CCLIN Sud-Ouest 2008 et CCLIN Sud-Est 2007.
- Consensus formalisé d'experts de juin 2009 concernant « La prévention des infections en EHPAD ». Programme PRIAM de l'ORIG (Observatoire du risque infectieux en gériatrie) – Publié par la Société Française d'Hygiène Hospitalière, sur HygièneS 2010 Volume XVIII N°1.

4. Description

Eléments

- Blouses ou tuniques pantalons.
- Chaussures, propres facilement nettoyables, silencieuses, de préférence antidérapantes, avec un léger talon, réservées à l'établissement.

Forme

- Confortable, ergonomique, à manches courtes.
- Identification de la tenue nécessaire.

Textile

Le mélange polyester (65 %) / coton (35 %) constitue la référence.

5. Recommandations

Disposent d'une tenue vestimentaire professionnelle réservée à l'EHPAD :

- les professionnels salariés de l'établissement : AS, AMP, ASH, IDE, kiné, médecins…,
- les professionnels libéraux : IDE, Kiné, médecins de ville, pédicures, professionnels des laboratoires de biologie….

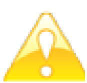
Rappel des règles d'hygiène de base :

- Hygiène corporelle : être propre pour venir travailler
- Cheveux propres, attachés s'ils sont longs
- Ongles courts, propres, sans vernis et sans faux ongles
- Mains et poignets sans bijou
- Manches courtes ou relevées
- **Si des effets personnels sont portés sur la tenue de travail (vestes, gilets, …) ils devront être propres et entretenus par l'EHPAD**
- Ces effets personnels ne sont pas portés lors des soins rapprochés (changes, toilettes…)
- Les tenues seront stockées dans un vestiaire régulièrement nettoyé



Logo ou nom de l'établissement	LA TENUE DU PERSONNEL DANS L'ÉTABLISSEMENT	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Recommandations sur l'utilisation de la tenue de travail :

1. La tenue professionnelle est changée de préférence quotidiennement et dés que souillée.
2. Les poches sont vidées avant de les évacuer dans le circuit du linge sale.
3. Elle doit suivre la filière du circuit du linge de l'établissement.
4. **Les professionnels n'emportent pas leur tenue de travail à leur domicile, la tenue est entretenue par l'établissement.** 
5. Pour le respect des précautions « standard » et des précautions complémentaires, des tabliers plastiques à usage unique sont à disposition pour la protection de la tenue de travail et la prévention de la transmission croisée.

Recommandations particulières :

1. Lorsque le nursing ou l'entretien des locaux et le service au repas est réalisé par la même personne, ce professionnel portera une tenue spécifique, une chasuble ou un tablier.
2. Des chaussures individuelles ou protections imperméables et antidérapantes et des tabliers imperméables sont portés pour faire prendre la douche aux résidents.

Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits

Fiche n° II.1 : Entretien des locaux

Fiche n° II.2 : Hygiène en restauration

Fiche n° II.3 : Gestion du linge

Fiche n° II.4 : Gestion des déchets

Fiche n° II.5 : Gestion de la qualité de l'eau

Eau chaude sanitaire :

- Procédure de prélèvement pour recherche de légionelles
- Cahier des charges pour la réalisation d'un diagnostic de réseau d'eau
- Carnet sanitaire
- Entretien de la robinetterie
- CAT devant une légionellose
- CAT devant une contamination environnementale à la légionelle
- Purge d'eau en cas de contamination du réseau ECS en légionelles


Sommaire





Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX CLASSIFICATION DES LOCAUX	Référence : Date : / /20 Version :

MOTS CLES

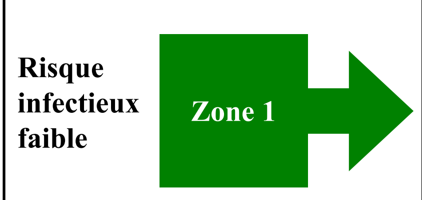
Environnement Risque infectieux Locaux

OBJECTIFS

Prévenir la transmission croisée des germes par l'entretien des locaux et du matériel, assurer le confort du résident en lui garantissant une propreté visuelle de l'environnement.
A enseigner par l'organisation de campagne / **A évaluer** par le suivi d'indicateurs.

RECOMMANDATIONS : CLASSIFICATION DES LOCAUX ET FREQUENCE D'ENTRETIEN

Le guide du bionettoyage édité par la commission centrale des marchés a classé les locaux en 4 zones selon le risque infectieux encouru par les personnes soignées

Risque infectieux faible	 Zone 1	- Chambre du résident sans soins* - Entrée, hall d'accueil, couloirs - Ascenseurs, cages d'escaliers, - Locaux administratifs : bureaux, salles de réunion * personne qui maîtrise son hygiène corporelle et qui ne nécessite pas de soin	**➢ A la demande, au minimum 1 fois par semaine et plus si besoin selon la fréquentation (lieux de circulation)**
Risque infectieux modéré	 Zone 2	- Chambre du résident avec soins - Salles de rééducation - Salles d'activité : ergothérapeute, animation - Salles à manger, de séjour, de détente - Blanchisserie - Locaux d'utilité sale : déchets, linge sale - Locaux d'utilité propre : lingerie, stockage des matériels - Mains courantes des couloirs - Pharmacie - Couloirs des zones de logement	**➢ 1 fois par jour pour les chambres, et les lieux de stockage « sales » ➢ Après chaque utilisation pour les salles d'activité, salles à manger,… ➢ 1 fois par semaine pour les lieux de stockage « propres »**
Risque infectieux élevé	 Zone 3	- Chambre du résident en Précautions Complémentaires d'Hygiène (PCH) - Salle de soins - Salle de bains, sanitaires - Cuisine	**➢ 1 fois par jour au minimum**

REFERENCES

Commission Centrale des Marchés. Guide du bionettoyage. 1994
CCLIN Ouest. Hygiène des structures hébergeant des personnes âgées. 2002







Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX	Référence : Date : / /20 Version :

DESCRIPTION DES DIFFÉRENTES TECHNIQUES D'ENTRETIEN

	DÉFINITION	OBJECTIFS	MATÉRIEL	PRATIQUE
Essuyage humide	Opération de récupération des salissures non adhérentes sur les surfaces autres que les sols	- Eliminer les salissures. - Limiter leur mise en suspension dans l'atmosphère.	- Chiffonnette réutilisable (si possible en microfibre) ou à UU. - Solution d*, d/D** sols ou surfaces hautes.	- Plier la chiffonnette en 6 parties (6 faces de nettoyage). - Essuyer en 1 seul passage (du haut vers le bas, du propre le sale. - Déplier au fur et à mesure la chiffonnette. - Changer la chiffonnette aussi souvent que nécessaire.
Balayage humide	Opération de récupération des salissures non adhérentes sur les sols secs et lissés	- Eliminer jusqu'à 90 % des salissures. - Limiter leur mise en suspension dans l'atmosphère.	- Balai. - Gaze pré imprégnée à UU ou bandeau réutilisable. - Solution d, d/D sols ou surfaces hautes.	- Poser la gaze sur le sol. - Placer le balai dessus, « la clipper ». - Ne jamais soulever le balai. - Changer la gaze aussi souvent que nécessaire. Travailler selon les méthodes dites : - « au poussé » utilisée pour les couloirs, - ou à la « godille » utilisée pour les chambres. 1- Détourage. 2- Commencer au fond de la pièce et revenir sur le seuil de la porte.
Lavage à plat	Action chimique et mécanique permettant d'éliminer les salissures adhérentes sur les sols.	- Obtenir une propreté visuelle (détergent) - Obtenir une propreté bactériologique en réduisant le nombre de micro organismes présents sur le sol (d/D) ou les surfaces hautes.	- Balai, - Frange ou bandeau pour semelle de lavage à plat de préférence et si possible en microfibre.	- Poser le bandeau ou frange sur le sol. - Placer le balai dessus. - « clipper ». - Ne jamais soulever le balai. - Travailler selon les méthodes dites : - « au poussé » utilisée pour les couloirs, - Ou à la « godille » utilisée pour les chambres (idem ci-dessus).

** d : détergent.*
*** d/D : détergent/Désinfectant.*

Tableau extrait du document « gestion du risque infectieux en établissements médico-sociaux (EHPAD[1], MAS[2] et FAM[3])
Référentiels des pratiques – RESCLIN Champagne Ardenne février 2011







Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX	Référence :
		Date : / /20
		Version :

CHOIX DES PRODUITS

MOTS CLES

Environnement Risque infectieux Détergent/Désinfectant

OBJECTIFS

Prévenir la transmission croisée des germes par l'entretien des locaux et du matériel, assurer le confort du résident en lui garantissant une propreté visuelle de l'environnement, adapter les produits d'entretien au résultat attendu

A enseigner par l'organisation de campagne / **A évaluer** par le suivi d'indicateurs.

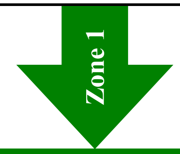
RECOMMANDATIONS : CLASSIFICATION DES LOCAUX ET FREQUENCE D'ENTRETIEN

Objectifs : propreté visuelle pour les produits détergents, propreté microbiologique pour les produits détergent-désinfectants et désinfectants.

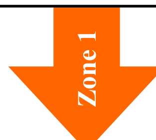
Qualités : produit adapté à la nature des surfaces à traiter et à la sécurité du personnel, avec un bon pouvoir nettoyant répondant aux normes exigés pour les produits détergent-désinfectants et désinfectants (bactéricide, fongicide, virucide) à vérifier dans a liste positive des désinfectants SFHH.

Présentation : volume adapté au stockage, à la manutention, aux modes d'utilisation : mode d'emploi lisible, mono-dose, flacon muni de bouchon doseur, pompe distributrice, spray…

Critères de choix : dilution facile, odeur discrète, absence de traces sur les surfaces après ou sans rinçage, surfaces propres après utilisation, bonne tolérance pour les personnels.

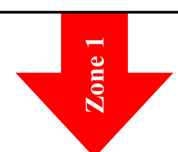


Détergents pour sols et surfaces



Détergents pour sols

Détergent-désinfectants pour toutes surfaces



Détergent-désinfectants (DD) pour toutes surfaces,
DD agréées contact alimentaire pour les cuisines et tables
Détergents pour les sanitaires
Désinfectants pour surfaces

Autres produits :
Détartrants pour cuvettes de WC, Produits lustrant pour meubles, Produits vitres…

Ne jamais mélanger les produits d'entretien entre eux ;
Respecter les dilutions et les temps de contact ;
Utiliser des gants pour manipuler ces produits ;
En cas de spray, privilégier la vaporisation sur les lavettes et non sur les surfaces.

REFERENCES

Commission Centrale des Marchés : Guide du bionettoyage. 1994
CCLIN Ouest. Hygiène des structures hébergeant des personnes âgées. 2002
ProdHyBase : http://prodybase.chu-lyon.fr
Liste positive des désinfectants : http://www.sfhh.net



Logo ou nom de l'établissement	Entretien des locaux	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Recommandations pratiques lors de l'utilisation des produits de bio-nettoyage

- Port de gants dits « de ménage » de préférence (imperméables et résistants aux détergents et désinfectants, à manchettes longues). Les gants de ménage sont nominatifs. Ils sont nettoyés–désinfectés à l'extérieur entre chaque local et nettoyés à l'eau et au savon à la fin de la journée (intérieur et extérieur).
- Ne jamais mélanger les produits (inactivation et toxicité des produits).
- Respecter les consignes d'utilisation données par le fabricant.

Détergent/Désinfectant :

- respecter les dosages et la température de l'eau,
- verser le produit dans l'eau et non le contraire,
- vaporiser sur les lavettes et non sur les surfaces, pour limiter l'aérosolisation et réduire la pénétration à l'intérieur du matériel sensible à l'humidité: téléphone, boîtier de sonnette, ordinateur…
- respecter le temps de contact ⇒ pas de rinçage, pas d'essuyage à sec
- identifier et fermer les flacons ou pulvérisateurs contenant les produits,
- renouveler toutes les 24 heures la préparation,
- conserver les produits prêts à l'emploi dans leur emballage d'origine. Proscrire les emballages alimentaires,
- respecter les dates de péremption et assurer la rotation des stocks.

Bacs de pré désinfection nettoyage, seaux, bonbonnes avec ou sans robinet…
L'utilisation d'un conteneur gradué qui permets une dilution correcte, effectuée selon les préconisations du fabricant

Pour les pulvérisateurs
Attention aux remplissages multiples des flacons à partir d'un bidon.
Cette pratique est une source de contamination à l'origine possible d'épidémies à partir de solutions ou de flacons ou de pompes contaminés.
Les flacons doivent être rincés, nettoyés et désinfectés avant d'effectuer un nouveau remplissage

Centrales de dilution des détergents ou détergent désinfectants
Elles sont à faire réviser annuellement par le fabricant pour vérifier le dosage de dilution du produit utilisé conformément aux normes EN.

- RESCLIN Champagne Ardenne, février 2011- Gestion du risque infectieux en établissements médico-sociaux (EHPAD, MAS et FAM Référentiels des pratiques .

- CCLIN Sud-Ouest, DRASS Midi-Pyrénées, Commission de coordination régionale des vigilances. 2008 - Pratiques d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées.





Logo ou nom de l'établissement	Entretien des locaux	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Fiche d'utilisation de l'eau de javel

L'Eau de Javel désinfecte, détache, blanchit et désodorise.

L'Eau de Javel est bactéricide, fongicide, sporicide, virucide (elle détruit les bactéries, les moisissures, les spores et les virus).

L'eau de Javel est un **désinfectant** liquide de contact pour les surfaces y compris en secteur alimentaire.

Les produits sont commercialisés en France auprès du grand public et des professionnels principalement sous les deux concentrations suivantes :

- **L'Eau de Javel** (2,6 % de chlore actif) présentée majoritairement en flacons de 1 ou 2 litres et en bidons de 5 litres.

  Elle garde ses propriétés jusqu'à 3 ans dans les conditions de stockage et d'utilisation recommandées.
- **Le Concentré de Javel** à diluer (9,6 % de chlore actif) :
  - → en doses recharges de 250 ml pour le grand public. Les doses recharges sont à diluer dès que possible, en tout cas dans les 2 1/2 à 3 mois qui suivent la date de fabrication inscrite sur l'emballage, et ce **exclusivement dans un flacon vide d'Eau de Javel prête à l'emploi** pour éviter les confusions,
  - → en doses recharges, bidons pour les utilisateurs professionnels.

Quelle que soit sa présentation, l'Eau de Javel doit être conservée au frais, à l'abri de la lumière et du soleil et hors de portée des enfants.

Comment l'utiliser ?

L'Eau de Javel doit être diluée dans l'eau froide ou tiède.

Avant de procéder à la désinfection d'une surface, il faut d'abord la nettoyer et la rincer.

L'EAU DE JAVEL DOIT ETRE UTILISEE SEULE

- **L'Eau de Javel ne doit jamais être mélangée à un autre produit ménager**. Une réaction chimique entre les produits diminuerait son efficacité.
- **Le mélange Eau de Javel et produit acide (détartrant WC par exemple) provoque un dégagement de gaz toxique : le chlore**.
- Pour un bon résultat, une surface doit être nettoyée, rincée et enfin javellisée.





Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX	Référence :
		Date : / /20
		Version :

ENTRETIEN DE LA CHAMBRE

1. Objectif

Assurer la propreté pour le confort des résidents et maîtriser le risque infectieux lié à l'environnement y compris en présence de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. En cas d'infection à *Clostridium difficile*, il existe des mesures spécifiques.

2. Domaine d'application

Tous les professionnels concernés par l'entretien des locaux.

3. Références

- RESCLIN Champagne Ardenne, février 2011- Gestion du risque infectieux en établissements médico-sociaux (EHPAD[1], MAS[2] et FAM[3]) Référentiels des pratiques.
- CCLIN Sud-Ouest, DRASS Midi-Pyrénées, Commission de coordination régionale des vigilances. 2008 - Pratiques d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées.
- CCLIN Ouest, 2002- Hygiène des structures d'hébergement pour personnes âgées.

4. Techniques et méthodes

- **Essuyage humide des surfaces**

Avec quoi ?

- Produits : lustrant, dépoussiérant, détergent, détergent-désinfectant selon utilisation et nature des surfaces.
- Lavette à usage unique ou réutilisable.

Comment ?

- Zones manuportées (interrupteurs, portes, poignées …) : nettoyage au détergent-désinfectant une fois par jour et chaque fois que nécessaire.

- Environnement proche du résident (barrières de lit, adaptable, matelas, téléphone, dispositif d'appel, télécommande TV,…) :
  - → nettoyage avec un détergent-désinfectant une fois par jour ou en présence de souillures biologiques et à la fin de chaque soin le nécessitant,
  - → par essuyage humide quotidien en dehors des soins.

- Mobiliers, bibelots :
  - → essuyage humide une fois par semaine,
  - → lavage avec un détergent en cas de salissure,
  - → lavage avec un détergent-désinfectant chaque fois que nécessaire (souillure biologique).

- Murs, rideaux :
  - → selon l'état de saleté, en fonction de la présence ou non de souillures biologiques,
  - → à chaque départ d'un résident d'une chambre.



Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX	Référence :
		Date : / /20
		Version :

- **Sanitaires**

Avec quoi ?

- lavette à usage unique ou réutilisable,
- détergent désinfectant une fois par jour,
- détartrant (selon la dureté de l'eau).

Remarque : le vinaigre d'alcool non coloré dilué au demi dans de l'eau est un excellent produit détartrant, peu onéreux, agréé « contact denrées alimentaires ».

Comment ? (cf. fiche entretien des sanitaire)

- commencer par les accessoires, le lavabo (extérieur, intérieur), la douche ou la baignoire,
- nettoyer les WC,
- changer de lavette entre chaque chambre.

- **Sols**

- **Balayage humide** : le balayage à sec est proscrit.

Avec quoi ?

Balai trapèze.
Gazes à usage unique pré-imprégnées.

Comment ?

Balayer puis dégager la gaze au seuil de la pièce et non dans le couloir, recueillir les salissures en repliant la gaze.
Évacuer la gaze dans le collecteur à déchets. Changer de gaze à chaque pièce ou plus si besoin.

- **Lavage manuel des sols**

Avec quoi ?

Détergent ou détergent-désinfectant à programmer en alternance.
Balai de lavage à plat + franges.

Comment ?

Changer de frange à chaque chambre et plus si nécessaire.
Possibilité de lavage mécanisé des sols avec une monobrosse ou autolaveuse.



Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX	Référence :
		Date : / /20
		Version :

TECHNIQUE D'ENTRETIEN PAR LA VAPEUR

1. Objectif :

Nettoyer toutes surfaces, matériaux et équipements.

2. Principe

La vapeur est un gaz qui réunit en un seul temps une activité détersive et biocide (effets conjugués de la température, de la pression)
La vapeur est un gaz au pouvoir nettoyant très performant ; elle agit comme un tensio actif qui dissout les graisses et nettoie en profondeur

3. Matériel

- appareil à production de vapeur d'eau à haute température (120° à 160°), à haute pression (4 à 6 bars) muni ou non d'un dispositif d'aspiration,
- articles d'essuyage de préférence en microfibres, si pas d'aspiration,
- accessoires adaptés aux surfaces à nettoyer.

4. Produit

Absence de produit en entretien quotidien.
Un détergent peut être utilisé en cas d'entretien particulièrement difficile.

5. Technique

Préparation de l'appareil :

- remplir le réservoir d'eau chaude de préférence (temps de mise en chauffe de quelques minutes),
- brancher l'appareil,
- purger une fois chaud,
- vérifier la propreté des accessoires,
- procéder au balayage humide si utilisation sur le sol,
- adapter l'accessoire à la surface à nettoyer,
- appliquer la vapeur au plus près de la surface ou du matériel à nettoyer,
- essuyer la surface ou le matériel si l'appareil ne possède pas l'aspiration.

6. Entretien du matériel

- nettoyer les accessoires après usage,
- vidanger l'appareil une fois par semaine à une fois par mois selon la fréquence d'utilisation et la dureté de l'eau,
- détartrer en fonction de la dureté de l'eau,
- vider, nettoyer la cuve de l'aspirateur après chaque utilisation

7. Remarques

Méthode récente, d'une grande efficacité, alternative au nettoyage traditionnel.

Intérêts :

- élimination du biofilm,
- gain de temps (pour l'entretien approfondi),
- écologique et économique : n'utilise pas ou peu de produit, n'encrasse pas les surfaces, utilise peu d'eau,
- sécurité d'utilisation, absence de produit donc pas d'aérosols, pas d'émanation,
- ergonomique,
- efficacité sur les surfaces difficilement accessibles par un autre procédé de nettoyage (mobiliers, lits, brancards, fauteuils roulants, véhicules sanitaires…),
- activité biocide : l'activité nettoyante se double d'une activité désinfectante,
- possibilité d'utilisation sur les dispositifs médicaux non invasifs (nécessité d'un marquage CE adéquat),
- évolutivité des appareils proposés (ex : balai vapeur pour un usage quotidien).

Limites :

- bruyant en cas d'utilisation de l'aspiration,
- taux d'hygrométrie important si utilisation intensive au quotidien.

L'acquisition de cet équipement nécessite :

- une étude de besoins en ce qui concerne les utilisations dans l'établissement,
- une rédaction de protocoles écrits concernant les fréquences d'utilisation,
- un accompagnement de la mise en œuvre par une formation spécifique des agents,
- un suivi de l'utilisation.





Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX	Référence : Date : / /20 Version :

PLAN DE NETTOYAGE D'UNE CHAMBRE DE RÉSIDENT

(Tableau extrait du guide hygiène des structures d'hébergement pour personnes âgées du CCLIN Ouest – 2002).

ZONE 2 : NETTOYAGE DE LA CHAMBRE DU RESIDANT AVEC SOINS.				
OPERATIONS	FREQUENCE			
	TOUS LES JOURS	1 FOIS/SEMAINE	TOUS LES 3 MOIS	TOUS LES 6 MOIS ET APRES LE DEPART DU RESIDANT
EVACUATION DES DECHETS, DU LINGE SALE.	X			
NETTOYAGE DU MOBILIER : LIT, FAUTEUIL, ADAPTABLE.	X			
ENTRETIEN DES FLEURS COUPEES	X			
NETTOYAGE DES ACCESSOIRES : POIGNEES ET MONTANT DE PORTES, INTERRUPTEURS, COMMANDES ELECTRIQUES, TELEPHONE.	X			
NETTOYAGE DES SANITAIRES : LAVABO, DOUCHE, WC.	X			
BALAYAGE HUMIDE DU SOL.	X			
LAVAGE DU SOL.	X			
NETTOYAGE DES SUPPORTS POUBELLES.		X		
NETTOYAGE INTERIEUR DES PLACARDS, MOBILIERS...			X	
NETTOYAGE DES VITRES.			X	
LAVAGE MECANISE DU SOL.			X	
ENTRETIEN DE LA METALLISATION DU SOL.			X	
METALLISATION DU SOL.				APRES LE DEPART DU RESIDANT
LAVAGE DES RIDEAUX.				X
NETTOYAGE DES MURS ET DES PORTES.				X

Toute surface sale doit être nettoyée chaque fois que nécessaire. Cette périodicité est proposée à titre indicatif.



Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX	Référence :
		Date : / /20
		Version :

ENTRETIEN DES SANITAIRES

1. Objectifs

Entretenir et désinfecter les sanitaires pour prévenir le risque d'infections associées aux soins.
Les sanitaires (lavabo, évier, bac de trempage, bidet, baignoire, douche, WC et vidoir) sont des lieux privilégiés de développement microbien car ils combinent tous les facteurs favorisant la croissance des micro-organismes : les salissures, l'humidité et la chaleur.

2. Domaine d'application

Tous les professionnels concernés par l'entretien des locaux.

3. Référence

Fiches conseils pour la prévention du risque infectieux – Bionettoyage Page 8 / 10 Juillet 2010-C.CLIN Sud-Est.

4. Techniques et méthodes

a. Matériel et produits :

- chariot de ménage,
- sacs poubelles pour déchets assimilables aux ordures ménagères (DAOM),
- gants de ménage,
- lavette à usage unique ou recyclable,
- balayette WC,
- solution détergente-désinfectante,
- crème à récurer ou détergent spécial sanitaire,
- détartrant WC, détartrant robinetterie,
- entretien des sols,
- lavage des sols uniquement : on ne fait pas de balayage humide dans les lieux qui risquent d'être mouillés.

b. Méthode :

On travaille toujours du plus propre au plus sale. Nettoyage et désinfection au quotidien

- *Entourage*

Comme son nom l'indique, c'est tout ce qui entoure les lavabos, douche, WC :

- le luminaire,
- le miroir,
- le distributeur de papier essuie-mains,
- le porte-serviette,
- le porte-manteau,
- la barre d'appui,
- la zone murale sensible aux projections,
- la tablette au-dessus du lavabo.

- Lavabo, douche, bidet, bac de trempage

A l'aide de la lavette imprégnée de solution détergente-désinfectante passer sur toutes les surfaces des lavabos, douches, bidets :

- robinetterie,
- extérieur,
- rebord,
- intérieur.

Pour l'intérieur des lavabos, douche, bidet : nettoyer avec la crème à récurer ou détergent spécial sanitaires puis rincer abondamment le sanitaire **et** la lavette puis désinfecter.

Attention : retremper la lavette dans la solution détergente-désinfectante puis passer la lavette à l'intérieur des appareils sanitaires afin d'en assurer la désinfection quotidienne.

- WC et vidoir

Au préalable, vider le support balayette WC dans la cuvette puis tirer la chasse
Puis à l'aide de la balayette WC et de la crème à récurer, nettoyer l'intérieur de la cuvette WC, tirer la chasse
A l'aide de la lavette imprégnée de solution détergente-désinfectante passer sur toutes les surfaces extérieures du WC :

- dérouleur papier WC,
- réservoir d'eau,
- extérieur de la cuvette,
- rebord et retour intérieur du WC,
- le support balayette WC extérieur puis intérieur,
- reposer le support balayette WC rempli au 1/3 de solution détergente - désinfectante,
- verser de la solution détergente désinfectante sur les parois intérieures de la cuvette.

c. Détartrage :

Le tartre est un support favorable au développement des micro-organismes, il est donc nécessaire de détartrer régulièrement les appareils sanitaires (selon la dureté de l'eau, l'entartrage varie).
Détartrage : 1 à 2 fois par mois (fréquence donnée à titre indicatif).

- Robinetterie, lavabo, bidet, douche, bac de trempage

Le détartrage doit être fait avec un produit spécifique. Il faut mettre peu de produit, surveiller le temps d'action et toujours rincer abondamment car il s'agit d'un produit très corrosif.

- WC et vidoir

Opération à réaliser avant de commencer l'entretien des sanitaires :

- mettre du produit dans la cuvette,
- laisser agir 10 à 15 minutes,
- frotter à l'aide de la balayette WC,
- tirer la chasse.

Attention : Bien penser à désinfecter l'intérieur de la cuvette à la fin de l'entretien.





Logo ou nom de l'établissement	ENTRETIEN DES LOCAUX	Référence : Date : / /20 Version :

ENTRETIEN DES LIEUX COLLECTIFS

Local	Fréquence	Méthode
Salle à manger	après chaque repas	- balayage/essuyage humide, - lavage avec un détergent 6 jours par semaine, - lavage avec un détergent-désinfectant une fois par semaine.
Salle de soins	quotidien	- essuyage humide des plans de travail **avant chaque utilisation et à fond une fois par jour,** - balayage/essuyage humide, - lavage avec un détergent un jour par semaine (ou moins, selon les besoins), - lavage avec un détergent-désinfectant 6 à 7 jours par semaine.
Salles collectives (animation, couloirs,…)	quotidien	- balayage humide, - lavage avec un détergent 6 jours par semaine, - lavage avec un détergent-désinfectant une fois par semaine.
Salles techniques (vidoir, local du lave-bassin, sanitaire collectif, office, blanchisserie, local linge sale, local poubelles)	quotidien	- lavage avec un détergent un jour par semaine (ou moins, selon les besoins), - lavage avec un détergent-désinfectant 6 à 7 jours par semaine.
Local linge propre **Local stockage matériel propre**	hebdomadaire	- balayage humide quotidien, - lavage avec un détergent.
- Toute surface souillée doit être immédiatement nettoyée. - L'intérieur du mobilier et placard, les vitres, les murs, les portes et les grilles de ventilation sont à nettoyer une fois par trimestre et plus si besoin**.**		

- RESCLIN Champagne Ardenne, février 2011- Gestion du risque infectieux en établissements médico-sociaux (EHPAD[1], MAS[2] et FAM[3)] Référentiels des pratiques.
- CCLIN Sud-Ouest, DRASS Midi-Pyrénées, Commission de coordination régionale des vigilances.
2008 Pratiques d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées.



Logo ou nom de l'établissement	Entretien des locaux	Référence : Date : / /20 Version :

Fiche dévaluation : Entretien des locaux type chambre

Service : ………………………………………………… **Date** : ………………………………………..

Observateur : …………………………………………… **Heure** : ………………………………………

	Matériel	Oui	Non	Observation
1	L'entretien du chariot est adapté à l'entretien à réaliser (quotidien, départ,…)			
2	Le chariot est propre			
3	Les balais sont propres			
4	Les produits et matériels sont en quantité rationnelle			
5	Le sac poubelle est fixé correctement			
6	Le sac poubelle ne déborde pas			
7	Les flacons utilisés sont identifiés			
8	Les flacons sont datés			
9	La dilution des produits est conforme			
10	Les gants adaptés sont prévus			
11	La poche de gaze à usage unique est fermée			
12	Le balayage unique est pratiqué avant le lavage			
13	La gaze est changée à chaque chambre			
14	Le bandeau de lavage est changé à chaque chambre			
15	La technique de lavage est conforme			
16	La récupération des bandeaux de lavage sales réutilisables est prévue de façon adaptée			
17	Il existe une traçabilité : - des actions effectuées			
	- de l'entretien du matériel			
	- de l'alternance des produits			





Logo ou nom de l'établissement	HYGIÈNE EN RESTAURATION	Référence :
		Date : / /20
		Version :

PRÉPARATION ET DISTRIBUTION DES REPAS

1. Objectifs

La distribution des repas peut présenter des pratiques diverses et nécessite de présenter de manière synthétique l'organisation du travail

Formaliser les étapes de distribution des repas en tenant compte de l'hygiène des résidents et de l'environnement tout en assurant la non contamination des repas des résidents

2. Domaine d'application

Salles à manger, offices alimentaires, chambres des résidents

3. Références

- Arrêté du 21 décembre 2009 – texte européen 852/2004
- **Arrêté du 21 décembre 2009 relatif aux règles sanitaires applicables aux activités de commerce de détail, d'entreposage et de transport de produits d'origine animale et denrées alimentaires en contenant**
- **Règlement (CE) N° 852/2004 du parlement européen et du conseil du 29 avril 2004 relatif à l'hygiène des denrées alimentaires**

4. Personnes concernées

- Agents dédiés au service hôtelier
- Aides-soignants, Aides-Médico-psychologiques(AMP)
- Infirmiers

5. Matériel et produits nécessaires

- Produit hydro-alcoolique, savon liquide ordinaire, lingettes pré-imprégnées
- Tablier de protection pour le personnel de service des repas
- Torchons réutilisables (usage exclusif pour les offices alimentaires) ou papier absorbant
- Définfectant agréé contact alimentaire (pour le nettoyage des tables)
- Lavettes
- Placards de rangement
- Serviettes de tables ou bavoirs réutilisables ou à usage unique

6. Recommandations - Présentation chronologique du service des repas -

6.1. Tenue du personnel du service repas

- Protéger la tenue standard par un tablier de protection
- Hygiène des mains avant et après la manipulation des denrées alimentaires

6.2. Réception et stockage si nécessaire des repas

- Respecter le délai entre réception et stockage, défini pour le mode de préparation par la cuisine
- Contrôler le réfrigérateur : propreté, température, absence d'aliments périmés…
- Contrôler les quantités livrées



Logo ou nom de l'établissement	Hygiène en restauration	Référence : Date : / /20 Version :

6.3. Préparation du temps du repas

- Dresser les tables :
  - Vérifier la propreté des tables et nettoyer si nécessaire avec une lavette + détergent vaisselle.
  - Vérifier la propreté de la vaisselle et dresser la table.
  - Remplir les carafes d'eau après avoir purger la canalisation.
- Procéder à l'hygiène des mains des résidents : hygiène avant (et après le repas) avec ou sans l'aide des professionnels : hygiène des mains par friction (produit hydro-alcoolique) par lavage (savon liquide ordinaire) par essuyage des mains avec des lingettes pré-imprégnées.
- Organiser l'installation des résidents.

6.4. Distribution des repas

- En liaison froide : remise en température des plats chauds au moment du repas.
- En liaison chaude : maintien de la température supérieure ou égale à 63°C des plats chauds et maintien de la température inférieure à 8°C des plats froids jusqu'au moment de servir.
- Après le repas : noter la quantité de la prise alimentaire, les motifs des refus éventuels.

6.5. Débarrassage des repas – nettoyage de la vaisselle

- Desservir les tables.
- Eliminer les reliefs alimentaires = déchets assimilés ordures ménagères (DAOM).
- Nettoyer selon deux possibilités, de préférence en lave-vaisselle (voir tableau ci-dessous).
- Contrôler la propreté et le séchage de la vaisselle avant de la ranger.
- Ranger la vaisselle dans des placards propres et ordonnés.

Lavage en machine	Lavage manuel
Respecter les cycles de lavage	Laver au détergent (eau chaude > 40°C)
Respecter les cycles de séchage	Rincer à l'eau tiède ou froide
Contrôler la propreté et le séchage de la vaisselle	Préférer le séchage spontané ou essuyer* et ranger dès que la vaisselle est sèche
Respecter les consignes d'entretien du lave-vaisselle	Nettoyer l'évier et son environnement immédiatement après (détergent et rinçage)
Nettoyer les carafes et les verres de chevet au moins 1 fois par jour *En cas d'utilisation de torchons : les changer entre chaque utilisation **N.B. : aucune situation de soins ne nécessite une désinfection préalable de la vaisselle avant nettoyage**	

6.6. Nettoyage des surfaces, salle à manger

- Nettoyer les surfaces (tables adaptables…) avec une lavette + détergent vaisselle y compris le dessous du plateau des tables.
- Ranger le mobilier.
- Procéder à l'entretien du sol, laver au moins une fois par jour et plus si nécessaire.

6.7. Nettoyage de l'office alimentaire

- Organiser le nettoyage de l'office alimentaire au quotidien et approfondi (plan de nettoyage).

N.B. : L'entretien des chariots de distribution livrés par la cuisine (appareils de remise en température) est intégré dans le plan de nettoyage de la cuisine.

7. Evaluation

- Tenir compte des indications figurant au rapport d'inspection des services vétérinaires, des DDCSPP et des ARS.

Logo ou nom de l'établissement	HYGIÈNE EN RESTAURATION	Référence : Date : / /20 Version :

PRISE DE LA TEMPÉRATURE DES PLATS DANS LES LIEUX DE RESTAURATION

1. Objectif
Ce protocole a pour objet de définir la façon de prendre la température d'un plat chaud dans les lieux de restauration de l'EHPAD.

2. Domaine d'application
Salles à manger, offices alimentaires.
Ce protocole s'applique une fois par semaine (préciser le jour).

3. Référence
Arrêté du 21 décembre 2009 – texte européen 852/2004.

4. Personnes concernées
- Agents dédiés au service hôtelier ;
- Aides-soignants, Aides-Médico-psychologiques (AMP) ;
- Cuisiniers.

5. Matériel et produits nécessaires
- Sonde ;
- Détergent vaisselle ;
- Désinfectant ;
- Papier absorbant.

6. Recommandations
- Enlever le capuchon protecteur ;
- Appliquer 1 dose de désinfectant sur la sonde et laisser agir 5 minutes ;
- Rincer la sonde à l'eau du réseau ;
- Prélever les températures du plat du dernier plateau servi :
    - Insérer obliquement le thermomètre afin qu'un maximum de surface soit en contact avec l'aliment ;
    - veiller à ne pas toucher le fond de l'assiette afin de ne pas fausser la température.
- Attendre que la température se stabilise, la noter sur la grille à la date du jour ;
- Essuyer la sonde avec un papier à usage unique entre deux prises de température avant de contrôler un autre plat ;
- Procéder à l'entretien + désinfection de la sonde d'une dose de désinfectant une fois que les prises de température sont effectuées ;
- Ranger la sonde dans un endroit propre prévu à cet usage.

Logo ou nom de l'établissement	HYGIÈNE EN RESTAURATION	Référence :
		Date : / /20
		Version :

QUELLE EST LA BONNE TEMPERATURE DES ALIMENTS

JUSTE AVANT DE SERVIR ?

Plats	Bonne Température
Potages	Température = ou >+63°C **Afin de limiter le risque de prolifération des germes lorsque la température est inférieure à 63°C**
Crudités	Température entre +4° et +9°C En raison de leur nature, ces aliments à risque de prolifération microbienne doivent être conservés au froid jusqu'au moment de leur consommation
Plat chaud	Température = ou >+63°C **Afin de limiter le risque de prolifération des germes lorsque la température est inférieure à 63°C**
Entremets/gâteaux	Température entre 4° et 9°C En raison de leur nature, ces préparations à risque de prolifération microbienne doivent être conservés au froid jusqu'au moment de leur consommation

Ne pas prendre la température des fruits et des desserts emballés





Logo ou nom de l'établissement	Hygiène en restauration	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Vérification quotidienne du réfrigérateur

1. Objectifs

Les réfrigérateurs des offices alimentaires et de la salle à manger sont destinés exclusivement au stockage des aliments réservés aux résidents à une température comprise entre +0°C et +4°C- thermostat 6- 6,5. Les aliments sont répartis selon les zones de froid. Les cartons ne doivent pas être placés dans les réfrigérateurs.

Ce protocole décrit la vérification quotidienne du réfrigérateur situé dans les offices alimentaires et la salle à manger de l'EHPAD.

L'entretien quotidien du réfrigérateur a pour but de garantir la protection des produits alimentaires stockés au froid et limiter les risques de contamination liés aux surfaces.

2. Domaine d'application

Ce protocole s'applique tous les jours en début de matinée pour la vérification du réfrigérateur et le nettoyage extérieur.

3. Référence

Arrêté du 21 décembre 2009 – texte européen 852/2004.

4. Personnes concernées

- Agent dédié au service hôtelier (préciser le poste horaire).

5. Matériel et produits nécessaires

- Thermomètre à demeure (à minima et maxima) à demeure en position droite ;
- Solution détergente agréé contact alimentaire ;
- Lavettes et papier absorbant.

6. Recommandations

- Contrôler la température interne du réfrigérateur et reporter la température sur la fiche de contrôle ;
- Vérifier les aliments ;
- Contrôler les dates limites de consommation (DLC) des suppléments, eau gélifiée, des collations, du beurre (inscrite sur chaque tablette, 60 jours après fabrication), de la margarine ;
- Contrôler les dates d'ouverture des briques de lait, de potages, de jus de fruits …
- Jeter toutes les denrées défectueuses, périmées, mal ou non protégées ou non datées ;
- Ranger les aliments en fonction de la date limite de consommation (premier rentré, premier sorti) ;
- Essuyer avec une lavette imbibée d'une solution détergente les grilles et la contre-porte, puis les surfaces extérieures du réfrigérateur.

Conduite à tenir en cas de non conformité

Signaler sans délais les dysfonctionnements au responsable : cadre/cuisinier (préciser le nom / fonction) et température anormale, excès de stocks, de péremptions …



Logo ou nom de l'établissement	Hygiène en restauration	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Entretien hebdomadaire du réfrigérateur

1. Objectif
Ce protocole décrit les étapes de nettoyage du réfrigérateur situé dans les offices alimentaires et la salle à manger de l'EHPAD.

2. Domaine d'application
Ce protocole s'applique une fois par semaine (préciser le jour) pour le nettoyage intérieur du réfrigérateur.

3. Référence
Arrêté du 21 décembre 2009 – texte européen 852/2004.

4. Personnes concernées
Agent dédié au service hôtelier après-midi (préciser le poste horaire).

5. Matériel et produits nécessaires
- Solution détergente et désinfectante agréé contact alimentaire.
- Lavettes et papier absorbant.

6. Recommandations
- Débrancher si possible le réfrigérateur et le vider ;
- Poser le contenu loin d'une source de chaleur ;
- Enlever les grilles et les mettre dans le lave-vaisselle ;
- Nettoyer ensuite la grille du ventilateur, l'intérieur de l'enceinte du haut vers le bas, la contre-porte, les joints et les essuyer avec du papier ;
- Replacer les grilles et les aliments selon leur nature ;
- Rebrancher ;
- Nettoyer l'extérieur de réfrigérateur à l'aide d'une solution détergente-désinfectante ;
- Dépoussiérer la grille arrière du réfrigérateur ;
- Vérifier l'état du bac s'il existe et le nettoyer toutes les semaines ;
- Traçabilité.





Logo ou nom de l'établissement	Hygiène en restauration	Référence : Date : / /20 Version :

Entretien des micro-ondes

1. Objectif
Ce protocole décrit les étapes de nettoyage du micro ondes situé dans les offices alimentaires de l'EHPAD.

2. Domaine d'application
Ce protocole s'applique tous les jours dans la matinée.

3. Référence
Arrêté du 21 décembre 2009 – texte européen 852/2004.

4. Personnes concernées
- Agent dédié au service hôtelier du matin (préciser le poste horaire).

5. Matériel et produits nécessaires
- Solution détergente agréé contact alimentaire.
- Lavettes et papier absorbant.

6. Recommandations
- Enlever le plateau en verre et son support : les nettoyer avec la solution détergente et les poser sur l'évier ;
- Nettoyer l'enceinte du micro ondes ;
- Sécher avec du papier à usage unique et replacer le support et son plateau ;
- Nettoyer l'extérieur avec la même solution : porte et poignée ;
- Essuyer le cordon d'alimentation électrique.



Logo ou nom de l'établissement	HYGIÈNE EN RESTAURATION	Référence : Date : / /20 Version :

ENTRETIEN DES CHAUFFE-LAIT (CHAUFFE-BRIQUES)

1. Objectif
Ce protocole décrit les étapes de nettoyage qui s'appliquent après chaque utilisation et une fois par semaine des chauffe-lait situés dans les offices alimentaires et la salle à manger de l'EHPAD.

N.B. : les cuves des chauffe-lait sont recouvertes d'un produit antiadhésif : ne pas utiliser de produits abrasifs ou de matériels métalliques.

2. Référence
Arrêté du 21 décembre 2009 – texte européen 852/2004.

3. Domaine d'application-personnel concerné
Agent dédié au service hôtelier.

4. Matériel et produits nécessaires
- Solution détergente agréé contact alimentaire.
- Lavettes et papier absorbant.

5. Recommandations

Après chaque utilisation
- Eteindre l'appareil et attendre son refroidissement ;
- Oter les briques restantes de lait ou de potage ;
- Jeter toute brique entamée ;
- Utiliser du détergent vaisselle avec une lavette lavable ou à usage unique ;
- Nettoyer : laver et rincer :
  - les parois extérieures et intérieures,
  - les poignées porte-briques et les placer à côté de l'appareil.
- Essuyer le cordon électrique.

Une fois par semaine
- Nettoyer toutes les surfaces comme cité précédemment ;
- Rincer les surfaces ;
- Compléter le nettoyage par une application de solution désinfectante ;
- Ou utiliser une solution de produit détergent-désinfectant agréé contact alimentaire.





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DU LINGE	Référence :
		Date : / /20
		Version :

LE CIRCUIT DU LINGE PROPRE

Au niveau de la blanchisserie

Zone de conditionnement ⇒

Manipulations

- Se laver les mains et porter une tenue propre, cheveux attachés voire protégés par une coiffe.
- Plan de nettoyage : nettoyer et désinfecter les surfaces et les matériels en contact avec le linge propre.
- Répartir les articles dans des chariots houssés, des armoires fermées ou linge placé sous film.
- Contrôler :
  - Retirer tout article endommagé.
  - Vérifier les sacs à linge : système de fermeture, intégrité de la toile et des coutures.

Transport ⇒

- Pour les services éloignés : livrer le linge dans des véhicules spécifiques, portes fermées.
- Plan de nettoyage et de désinfection : véhicules, armoires, chariots, housses…
- Procédures de livraison et réception : lieu, horaires, circuits empruntés, formation du personnel affecté…

Au niveau des secteurs de soins ou de résidences des personnes âgées

Réception /Stockage/ Utilisation du linge propre ⇒

- Limiter le temps d'attente des conteneurs dans les couloirs, halls…
- Se laver les mains avant la manipulation du linge.
- Organiser le contrôle à la réception : conformité du linge livré avec la dotation, le service destinataire, les conditions d'hygiène et de livraison.
- Eviter le stockage excessif de linge propre.
- Vérifier l'absence de réserves sauvages (placards, salle de bains…).
- Organiser le local lingerie : modalités de rangement, utilisation des stocks (rotation : principe du premier entré, premier sorti), ajustement des commandes.
- Organiser le nettoyage de la lingerie intégré dans le plan de nettoyage du service.

Lingerie

- *Local exclusivement réservé au stockage du linge,*
- *Volume et surface adaptés à la quantité de linge à ranger, y compris le linge à usage unique.*
- *Revêtements du sol et des surfaces faciles d'entretien.*

Dans le cas de l'utilisation d'un film protecteur, celui-ci n'est enlevé qu'au fur et à mesure des besoins.



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DU LINGE	Référence : Date : / /20 Version :

LE CIRCUIT DU LINGE SALE

Adopter le principe « **LINGE SALE = LINGE CONTAMINE** ».
Eviter tout stockage dans la chambre.
Procéder au tri à la source.
Utiliser des gants et réaliser une désinfection des mains après avoir manipulé le linge sale.

Au niveau des secteurs de soins ou de résidences des personnes âgées

Manipulations et tri

La qualité du pré-tri conditionne la sécurité et la protection des personnes tout au long de la filière du linge sale.

- Porter des gants en présence de sang et de produits biologiques.
- Porter le linge sans toucher la tenue professionnelle.
- Porter un tablier de protection de préférence.
- Vérifier systématiquement l'absence d'objets étrangers.
- Identifier un code couleur par type d'article.
- Déposer chaque article dans le sac de couleur correspondant : lainage, draps, petit linge…
- Ne pas secouer et ne pas déposer le linge sur le sol.

Conditionnement

- Utiliser des sacs propres, étanches, munis de système de fermeture, en bon état.
- Remplir les sacs aux 2/3 (poids idéal = <10 kg).
- Utiliser un chariot de linge léger et facile d'entretien (chariot mixte propre/sale déconseillé) :
  - Avec ou sans couvercle,
  - Avec ou sans pédale de commande.
- Appliquer la technique du double emballage si nécessaire en cas d'isolement : sac hydrosoluble + sac de couleur spécifique.

Stockage intermédiaire et transport

- Stocker les sacs de linge dans un local spécifique (frais, aéré, sans chauffage, dimensions adaptées, équipé d'un point d'eau).
- Stocker le linge sale dans le service pendant une durée maximum de 24 heures.
- Utiliser des conteneurs exclusivement réservés à cette fonction.
- Porter des gants lors du transfert des sacs.

Au niveau de la blanchisserie

Manipulations et tri

- Revêtir une tenue de protection : gants type Kevlar® - masque – coiffe enveloppante – tunique + pantalon.
- Zone de tri strictement séparée des secteurs réservés au linge propre.
- Au minimum se laver les mains avant de franchir la zone sale.
- La qualité du pré-tri dans le services conditionnent les opérations de tri doivent être réduites au minimum.

Zone de lavage

- Séparation physique entre la zone de chargement du linge sale et de déchargement du linge lavé.
- Organiser le contrôle des températures de PH, chimiques, de durée des cycles de lavage.
- Contrôler la propreté du linge au terme du lavage.

Zone de séchage

- Manipuler le linge avec des mains et une tenue propre.
- Limiter la durée d'attente du linge lavé entre sa sortie du lavage et son séchage.
- Vérifier le séchage des articles avant conditionnement.

Extrait du guide « Hygiène des structures d'hébergement pour personnes âgées » du CCLIN Ouest, 2002.



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES DÉCHETS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

1. Objectif

Définir les modalités de tri des différents déchets produits par l'EHPAD en respectant la législation en vigueur pour préserver l'environnement, prévenir le risque infectieux et les accidents d'exposition au sang.

1. Domaine d'application-personnel concerné

Ce protocole s'adresse à tous les professionnels de l'EHPAD. Il concerne tous les déchets produits dans l'EHPAD.

2. References

- Décret n° 97-1048 du 6 novembre 1997 relatif à l'élimination des DASRI.
- Circulaire DH/S12-DGS/VS3 n° 554 de 1er septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés.
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des DASRI.
- Arrêté du 7 septembre 1999 relatif au contrôle des filières d'élimination des DASRI.

  } modifiés par l'arrêté du 14 octobre 2011
- Décret n° 99-374 du 12 mai 1999 relatif à la mise sur le marché des piles et des accumulateurs et à leur élimination.
- Arrêté du 5 décembre 2002 modifiant l'arrêté du 1er juin 2001 modifié relatif au transport des matières dangereuses par route (dit Arrêté ADR).
- Arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des DASRI et des pièces anatomiques d'origine humaine.
- Circulaire n° 2005-34 du 11 janvier 2005 relative aux conditionnements des DASRI.
- « Prévention des infections en EHPAD ». Programme PRIAM. Consensus formalisé d'experts, juin 2009. Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG), Société Française d'Hygiène Hospitalière. HygièneS 2010 Volume XVIII n°1.
- Guide technique d'élimination des déchets d'activités de soins à risques. Ministère de la santé et des sports, Edition n° 3, 2009.

3. Definitions

Les déchets de soins sont « **les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi, et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans le domaine de la médecine humaine ou vétérinaire** ».
Ils peuvent être à risque infectieux, chimique et toxique, radioactif, mécanique. Il convient de réduire ces risques pour protéger :

- les résidents,
- les professionnels de l'EHPAD,
- l'environnement.

DASRI = déchets d'activité de soins à risque infectieux (doivent être manipulés avec des gants).
DM = déchets ménagers.
OPCT = objets piquants, coupants, tranchants.



4. Tri des déchets

5.1. Recommandations

Il est recommandé de désigner une personne de l'établissement comme responsable de la mise en place de la politique de tri des déchets (ORIG – 2009).





5.2. Tri des déchets courants

Sont nommés déchets courants :

- déchets à risque infectieux,
- aiguilles et autres objets piquants, coupants, tranchants même sécurisés,
- déchets ménagers,
- verre blanc,
- déchets recyclables.



La fiche technique concernant le tri des déchets courants se situe en annexe.

Tous les contenants de DASRI doivent répondre aux normes actuelles (cf fiche technique en annexe).

5.3. Autres Tris

ELIMINATION DES PILES USAGÉES DE TOUT L'ÉTABLISSEMENT



Les piles et les pacemakers contiennent du mercure toxique pour l'environnement :

- **Les piles usagées sont collectées par chaque EHPAD** (un conteneur identifié par étage ou par service par exemple) ;
- Recueillies par l'établissement et entreposées dans le local de stockage central ;
- Ramassées par la ville.

Prélevées par le département pour être valorisées dans une installation autorisée.

ELIMINATION DES AMPOULES « BASSE CONSOMMATION » ET NÉONS

Les ampoules « basse consommation » et néons : contiennent un peu de mercure et de nombreux composants. Ils doivent être obligatoirement recyclés.
Ils sont triés, collectés à part et confiés à la commune.

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES DÉCHETS	Référence : Date : / /20 Version :

↳ ELIMINATION DES RADIOGRAPHIES CLASSIQUES ↲



Certaines radiographies contiennent encore des sels d'argent récupérables.

Attention : elles ne doivent pas être éliminées dans les ordures ménagères.

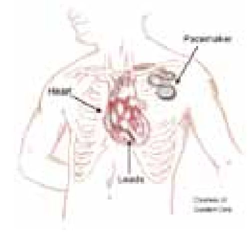
Les sels d'argent sont toxiques pour l'environnement.
Lors de l'élimination des radios contenant de l'argent :

- Les radios sont apportées dans un centre d'imagerie médicale ;
- Une entreprise agréée vient périodiquement récupérer les radiographies pour en retirer l'argent.

↳ ELIMINATION DES PACEMAKERS ↲

ET AUTRES DISPOSITIFS MÉDICAUX IMPLANTABLES ACTIFS (TYPE DÉFIBRILLATEUR…)

Les personnes décédées ne peuvent pas être mises en terre ou incinérées avec un pacemaker ni autres dispositifs médicaux implantables actifs (DMIA) (type défibrillateur…).



- Lors des décès, le médecin ou le thanatopracteur enlève le boitier du pacemaker de la personne décédée et coupe à ras la sonde du stimulateur et du défibrillateur. Le défibrillateur est désactivé pour éviter un choc électrique inapproprié.
- Le boitier du pacemaker est systématiquement, nettoyé et brossé, immergé dans un bain de détergent - désinfectant selon le protocole de nettoyage/désinfection du petit matériel de l'EHPAD.

- Il est emballé dans une boite plastique hermétique avec la mention : « **Produit explanté pour destruction** ».
- Indiquer également sur l'emballage :
  - la date d'explantation,
  - un numéro identifiant correspondant à un registre administratif précisant le nom de la personne décédée,
  - que le dispositif a bien été désinfecté,
  - le protocole de nettoyage/désinfection du petit matériel de l'EHPAD doit être joint dans la boite.
- 2 filières d'élimination :
  - il est remis au fabricant par envoi postal,
  - il est remis à un collecteur de déchets, au frais de l'EHPAD.

Un bordereau de suivi type CERFA permettra la traçabilité de la destruction dans les 2 cas.

Pour plus de renseignements, cf. Guide technique du ministère de la santé sur les déchets d'activité de soins à risques 2009 (Chapitre Les dispositifs médicaux implantables actifs) et la fiche DRASS Midi-Pyrénées 2004 en annexes.

5. Caractéristiques des locaux de stockage des DASRI

↳ EXTRAIT DE L'ARRÊTÉ DU 7 SEPTEMBRE 1999 ↲
RELATIF AUX MODALITÉS D'ENTREPOSAGE DES DASRI

(Modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011)

Art. 8. - Sur les sites de production et dans les installations de regroupement, les déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés sont entreposés dans des locaux répondant aux caractéristiques suivantes :

1° Ils sont réservés à l'entreposage des déchets et peuvent servir, le cas échéant, à l'entreposage des produits souillés ou contaminés. Une inscription mentionnant leur usage est apposée de manière apparente sur la porte. Leur surface est adaptée à la quantité de déchets et produits à entreposer ;

Logo ou nom de l'établissement	Gestion des déchets	Référence : Date : / /20 Version :

2° Ils ne peuvent recevoir que des déchets préalablement emballés. Les emballages non autorisés pour le transport sur la voie publique au titre de l'arrêté du 5 décembre 1996 modifié susvisé doivent être placés dans des grands récipients pour vrac, étanches et facilement lavables. La distinction entre les emballages contenant des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et les emballages contenant d'autres types de déchets doit être évidente ;

3° Ils sont implantés, construits, aménagés et exploités dans des conditions offrant une sécurité optimale contre les risques de dégradation et de vol ;

4° Ils doivent être identifiés comme à risques particuliers au sens du règlement de sécurité contre les risques d'incendie;

5° Ils sont correctement ventilés et éclairés et permettent une protection des déchets contre les intempéries et la chaleur ;

6° Ils sont munis de dispositifs appropriés pour prévenir la pénétration des animaux ;

7° Le sol et les parois de ces locaux sont lavables

8° Ils sont dotés d'une arrivée d'eau et d'une évacuation des eaux de lavage vers le réseau des eaux usées équipé d'un dispositif d'occlusion hydraulique conforme aux normes en vigueur. Le robinet de puisage est pourvu d'un disconnecteur d'extrémité du type HA permettant d'empêcher les retours d'eau

Cette disposition ne s'applique pas aux locaux d'entreposage situés à l'intérieur des unités de soins des établissements de santé

9° Ils font l'objet d'un nettoyage régulier et chaque fois que cela est nécessaire.

Art. 9. - Lorsque la configuration d'un établissement de santé ne permet pas de respecter les dispositions de l'article 8 du présent arrêté, les déchets d'activités de soins à risques infectieux peuvent être entreposés sur une aire extérieure située dans l'enceinte de l'établissement. Ces aires extérieures d'entreposage, réservées exclusivement aux déchets, respectent les dispositions des 2°, 3°, 4°, 6°, 7°, 8° et 9° de l'article 8. Elles répondent également aux dispositions suivantes :

1° Elles sont délimitées par un grillage continu et équipées d'une porte permettant une fermeture efficace

2° Elles sont équipées d'un toit.

Le regroupement et l'entreposage de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés sur des aires extérieures situées en dehors de l'enceinte d'un établissement de santé sont strictement interdits.

6. Durée d'entreposage des DASRI

⮊ Résumé de l'arrêté du 7 septembre 1999 ⮈
relatif aux modalités d'entreposage des DASRI

(Modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011)

Entre le moment où le déchet est produit et le moment où il est effectivement incinéré ou désinfecté, la durée maximale autorisée est différente selon la quantité des DASRI produites. Cette durée inclut l'entreposage, l'éventuel regroupement, le transport et l'incinération ou la désinfection. Il appartient à l'établissement d'obtenir contractuellement les engagements nécessaires lui permettant de respecter les délais suivants :

- **72 heures** maxi si production supérieure à 100 kg par semaine.
- **7 jours** maxi si production inférieure ou égale à 100 kg par semaine et supérieure à 15 kg par mois.
- **1 mois** lorsque la quantité de DASRI est inférieure ou égale à 15 kg par mois (de la production effective à leur enlèvement) et supérieure à 5 kg par mois.





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES DÉCHETS	Référence : Date : / /20 Version :

ANNEXE I

Fiche technique : tri des déchets

Tous les contenants de DASRI doivent répondre aux normes actuelles :

- Sacs en plastique ou en papier doublés intérieurement de matière plastique = NF X 30-501.
- Caisses en carton avec sac intérieur = NF X 30-507.
- Fûts et jerricans en plastique = NF X 30-505.
- Minicollecteurs et boîtes pour déchets perforants = NF X 30-500.
- Fûts et jerricans pour déchets liquides = NF X 30-506.

DECHETS A RISQUE INFECTIEUX	AIGUILLES ET AUTRES OBJETS PIQUANTS COUPANTS TRANCHANTS MÊME SECURISES	DECHETS MENAGERS	VERRE BLANC	DECHETS RECYCLABLES
Dans **CARTONS AVEC POCHE JAUNE Ou POCHE JAUNE**	**Dans** **CONTAINERS EN PLASTIQUE JAUNE**	**Dans** **POCHES PLASTIQUES NOIRES OU GRISES**	**Dans** **CARTONS**	
1- Tout ce qui est contaminé par du sang, du pus... **2- Tout déchet pouvant inquiéter la population de la ville s'ils sont évacués dans les déchets ménagers (DM)** exemple seringue propre, sonde non utilisée + - Seringues. - Tubulures de perfusion. - Système de sondage vésical -Matériel aérosol -Matériel à oxygénothérapie -Crachoirs - Pansements. - Set à pansements - Compresses. - Médicaments déconditionnés.	Quand ils sont pleins au ¾ **actionner leur fermeture définitive** avant de les évacuer avec les DASRI. **Tout objet piquant, coupant, tranchant.** **- Toutes les aiguilles** **- Seringues serties : Lovenox®, vaccins…** **- Mandrins des cathéters** **- Ampoules vides** **- Rasoirs mécaniques**	- Déchets alimentaires. - Papiers administratifs - Emballages : papier, métal. - Fleurs. - Protections papier pour table d'examen. **- PROTECTIONS adulte incontinent** (sauf si précautions complémentaires). - Poches de colostomie - Flacons perfusion en plastique	- Carafes en verre - Verre blanc cassé. - Assiettes cassées. - Flacons de perfusion en verre. **- Flacons vides, de médicament.** (NB : Ne pas déposer d'ampoules cassées risque de blessures) NE METTRE QUE DU VERRE	- Cartons : doivent être pliés avant d'être déposés dans le local à déchets. - Papiers - Bombes aérosol - Cartouches encre -Boîtes de conserve métallique - Bouteilles plastique - Emballages (type brique) - Déchets verts - Huiles alimentaires EN L'ABSENCE DE FILIÈRE RECYCLABLE, CES DÉCHETS SONT ÉLIMINÉS DANS LES ORDURES MÉNAGÈRES



Logo ou nom de l'établissement	Gestion des déchets	Référence :
		Date : / /20
		Version :

ANNEXE II

Processus d'élimination des pacemakers et défibrillateurs implantables

Piles et accumulateurs

Réglementation

Piles et accumulateurs

- Arrêté du 26 juin 2001 relatif à la communication des informations concernant la mise sur le marché des piles et accumulateurs et à leur élimination
- Circulaire du 7 janvier 97 relative à l'organisation de la collecte, du recyclage et de l'élimination des piles et accumulateurs
- décret n°99-374 du 12 mai 1999 relatif à la mise sur le marché des piles et accumulateurs et à leur élimination

Retrait Piles implantées

- Décret 2000-318 du 17 avril 2000 ;
- Décret n°98-635 du 20 juillet 1998 relatif à la crémation (article R. 2213-15 [ancien article R. 363-16 du code des communes]) ;
- Arrêté du 24 décembre 1996 relatif aux deux modèles du certificat de décès ;
- Circulaire du 31 juillet 1995 relative aux prescriptions applicables aux chambres funéraires

Piles et accumulateurs

Définition :
Une pile ou un accumulateur est une source d'énergie électrique obtenue par transformation directe d'énergie chimique lors de son utilisation.

Piles non rechargeables :

- Piles « bâtons » cylindriques ou plates



- Piles « boutons »

Accumulateurs rechargeables

- Plomb-acide (voitures)
- Nickel-cadmium, nickel métal-hydrure et lithium-ion (applications diverses)

- La directive 91/157/CEE du 18 mars 1991 relative aux piles et accumulateurs contenant des matières dangereuses a eu pour objet d'harmoniser les réglementations des Etats membres. Les piles mises sur le marché français doivent être collectées à partir du 1er janvier 2001.

Le décret du 12 mai 99 établit les règles d'une valorisation optimale :

Les fabricants ou distributeurs importateurs doivent reprendre gratuitement les piles et accumulateurs issus des ménages (art 6)

Les utilisateurs autres que les ménages doivent s'assurer de la collecte,de la valorisation et de l'élimination de leurs piles ou accumulateurs qu'ils soient ou non incorporés à des appareils (art 8)

Les piles et accumulateurs doivent être stockés dans des conteneurs étanches à l'abri des intempéries

Les piles et accumulateurs, ainsi que les appareils les contenant s'ils ne peuvent en être séparés (stimulateurs cardiaques) sont collectés spécifiquement puis éliminés ou valorisés dans des installations autorisées

Pacemakers et défibrillateurs implantables

Retrait post-mortem
Réaliser une petite excision en regard du boîtier, extraire le boîtier et couper la sonde à ras. Pour les défibrillateurs, il y a nécessité de désactiver l'équipement au préalable sous peine de recevoir une décharge (30J, 750V).

Désinfection
Les dispositifs médicaux doivent être nettoyés de toute trace de contamination. Ils doivent être rendus inertes bactériologiquement avant d'être envoyés à la société qui effectuera le traitement de ce déchet. Cette désinfection peut s'effectuer par immersion dans une solution d'hypochlorite de sodium contenant 1% de chlore puis par un rinçage abondant à l'eau ou par utilisation des désinfectants usuels en respectant les préconisations des fabricants.

Elimination
Chaque établissement rédige un protocole interne pour l'élimination de ce type de déchets.
Deux possibilités :
- Le retour des dispositifs médicaux se fait directement auprès du fabricant, par envoi postal, ou auprès des commerciaux lors de leur passage dans les établissements. Le coût du traitement est alors pris en charge par la société qui a commercialisé le dispositif médical.
- Les pacemakers, toutes marques confondues, sont remis à un collecteur de déchet. Une convention est alors établie entre l'établissement et le collecteur ainsi qu'entre l'établissement et l'éliminateur final du déchet. Un formulaire CERFA doit être renseigné afin d'assurer la traçabilité de ce déchet. Le coût du traitement est à la charge de l'établissement ayant procédé à l'explantation.





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES DÉCHETS	Référence : Date : / /20 Version :

Les conditions de retour au fabricant ou de remise au collecteur de déchet

DRASS Midi-Pyrénées

10 Chemin du Raisin
31050 Toulouse Cédex

Messagerie : beatrice.walraeve-bresson@sante.gouv.fr

Les stimulateurs doivent être remis ou envoyés sans la sonde (bien coupée à ras) dans un emballage hermétique adapté avec la mention « produit explanté pour destruction » après décontamination. L'emballage peut être une poche scellée type matériel à stériliser ou une boîte plastique hermétique. Les défibrillateurs doivent être mis sur « arrêt » pour éviter des chocs inappropriés aux personnes susceptibles de les manipuler.

Certains collecteurs de déchets demandent de faire figurer sur l'emballage une signalisation comme quoi le produit a subi une décontamination et le protocole doit être joint au pacemaker.

Le nom de fabricant est gravé sur le pacemaker, cependant le distributeur français n'est pas toujours relié aisément au fabricant.

Pour faciliter la recherche de l'éliminateur le tableau ci-dessous donne la liste des marques collectées par les différentes sociétés françaises.

Pour assurer une bonne traçabilité des dispositifs médicaux après l'explantation au sein de l'établissement, il doit être précisé sur l'emballage la date d'explantation et un numéro identifiant. Ce numéro identifiant relié à des données administratives, voire médicales est conservé sur fichier gardé confidentiel au sein de l'établissement de santé.

Retrouvez-nous sur midipy.sante.gouv.fr

Fabricants et distributeurs de pacemakers en France

En vert : liste des marques collectées par la société

BIOTRONIK France 2 rue Nicolas Ledoux Silic 231 94528 Rungis Cédex Tél : 01-46-75-96-60 www.biotronik.de	GUIDANT (CPI, Intermedics) 9 rue d'Estienne d'Orves 92504 Rueil Malmaison Cédex Tél : 01-47-14-40-14 www.guidant.com	MEDTRONIC France SAS 122 avenue du Général Leclerc 92514 Boulogne Billancourt Cédex Tél : 01-55-38-17-00 www.medtronic.fr	St JUDE MEDICAL (Pacesetter, Teletronics, Siemens) 1 rond-point Victor Hugo 92130 Issy les Moulineaux Tél : 01-41-46-45-00 www.sjm.com
SORIN (Ela) CA La Boursidière, BP 131 92357 Le Plessis-Robinson Tél : 01-46-01-33-33 www.elamedical.com	TECHNOPACE France (Medico Spa) 77 Bd Jean-Baptiste Oudry 94000 Créteil Tél : 01-43-39-22-00	VITATRON France 40 rue Oradour sur Glane 75015 Paris Tél : 01-53-98-83-00	

Voir aussi la liste des collecteurs régionaux

Les raisons de l'explantation

« Si la personne décédée était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile, un médecin ou un thanatopracteur atteste de la récupération de l'appareil avant la mise en bière. » Article 7 du décret n°98-635 du 20 juillet 1998.

Changement de piles :

La durée de vie du stimulateur dépend du type de réglage mais s'étend toujours sur plusieurs années, souvent six à dix ans. L'état de la pile peut être contrôlé par l'appareil de programmation. Lors du changement de stimulateur, les sondes restent généralement en place et seul le boîtier du stimulateur est remplacé.

Retrait post-mortem :

La présence d'une pile doit être notifiée sur le certificat médical de décès par le médecin ayant constaté le décès. L'autorisation de crémation ne peut être accordée que sur attestation de retrait si la personne était porteuse d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile. Il est à noter que l'explosion d'un pacemaker lors de la crémation d'un patient porteur peut engendrer de graves dégâts au four crématorium. Les mêmes exigences demeurent si le corps est inhumé.

Protection de l'environnement :

Qu'il s'agisse d'un retrait lors du vivant ou en post-mortem, il est important que le stimulateur suive une filière d'élimination spécifique pour être éliminé ou valorisé dans une installation spécifique.

Bibliographie

Titre	Date	Auteur
Guide pratique sur les déchets dangereux	Juin 2003	Ademe
http://www.prorecyclage.com/filieres		Prorecyclage



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES DÉCHETS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

UNE SEULE RÈGLE, ÉLIMINONS LES DÉCHETS DANS LE SAC ADAPTÉ

Respecter le protocole c'est :

- **Protéger le personnel et l'environnement**
- **Améliorer le tri**
- **Maîtriser les coûts**

DECHETS

Piquants/Tranchants — OUI → OPCT → DASRI

NON ↓

Risque infectieux
Risque Liquide Biologique — OUI → DASRI

NON ↓

Risque psycho émotionnel — OUI → DASRI ; NON → DAOM





Logo ou nom de l'établissement	Gestion de la qualité de l'eau	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Prélèvement pour recherche de Légionelles

Pré requis

Laboratoire accrédité pour le paramètre légionelles par le Comité Français d'accréditation (COFRAC) ou tout autre organisme d'accréditation équivalent européen signataire de l'accord multilatéral pris dans le cadre de la coordination européenne des organismes d'accréditation.
Fréquence de surveillance ne peut être inférieure à un programme de prélèvement annuel pour recherche de *legionella pneumophila* sur plusieurs points.
Plan annuel stratégique d'échantillonnage est programmé.

Modalité de prélèvements

Recherche et dénombrement selon les modalités mentionnées dans **la norme NF T90-431 sur chaque réseau de distribution** d'eau chaude sanitaire
Volume : 1litre sur flacon avec neutralisant chlore si nécessaire (thiosulfate de Na) = réseaux d'eau traitée
Réaliser l'échantillonnage à distance d'un choc thermique, chloré ou chimique.
Programmer les prélèvements un moment de la journée où les installations sont exploitées dans des conditions normales (en milieu de journée)
choisir des points d'usage à risque couramment utilisés
Si l'eau est mitigée, fermer l'arrivée d'eau froide (vanne accessible) ou positionner le mitigeur au plus chaud.

Identification et sérogroupage de la *Legionella pneumophila*.

Conservation de la souche pendant 6 mois si investigation d'un cas déclaré
Lors des prélèvements faire une mesure de la **température de** l'eau dont le résultat devra être mentionné sur le bordereau d'envoi de l'échantillon et mesure de chlore libre.

Réalisation

Plan d'échantillonnage programmé annuel

➔ ***Choix des points de prélèvement***
- Points régulièrement utilisés, émettant des aérosols (ex : douche d'une chambre patient autonome, douche collective, douchette salon de coiffure…)
- Variabilités possibles d'une année sur l'autre, **(ne peut être défini une fois pour toutes)**

➔ ***Points à prélever***
- Fond de ballon de production et de stockage (dernier ballon si montage en série, sinon l'un d'entre eux)
- Point de mise en distribution (ou à défaut le point d'usage le plus prêt du ballon)
- Retour de boucle (la plus éloignée)
- Points d'usages représentatifs du réseau (2 ou 3 points)
- Points d'usage les plus défovorisés : point où la perte de charge est la plus importante (Points éloignés de la production d'eau chaude sanitaire)

➔ ***Au minimum 5 points***



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DE LA QUALITÉ DE L'EAU	Référence :
		Date : / /20
		Version :

TRANSPORT	Conservation du flacon à température ambiante durant les premières 24 h. Au-delà, réfrigérer l'échantillon pour le transport. Traitement de l'échantillon d'eau dans les 24 à 48 heures (sous dérogation)
COMPTE-RENDU D'ANALYSE	Comporte les renseignements suivants : - Nom du point échantillonné (douche, robinet, douchette, production…) - Bâtiment, étage et localisation ; - La date et l'heure de prélèvement, date d'analyse ; - Nature de l'eau ECS, EFS… ; - Le taux de chlore libre ; - Fréquence d'utilisation ; - Le type de prélèvement ; - Le volume traité ; - Observation (tartre, boue, dépôt, traitements préalables…) ; - La température de l'eau au 1er jet, au 2ème jet, le temps de stabilisation ; - Le nombre de *Legionella sp.* ; - Le nombre de *Legionella pneumophila* et le sérogroupe.
DÉPASSEMENT DU SEUIL DE 1000 UFC/LITRE	➔ **Mesures de base** - Informer sans délai l'ensemble du personnel en charge de la gestion de l'eau et des services d'hébergement concernés - Rechercher l'origine des écarts avec les résultats d'analyse antérieure et rechercher les causes de la prolifération d'évaluation - Evaluer l'étendue de la contamination - Mettre en œuvre les mesures nécessaires à la maîtrise de la concentration en légonelles : détartrage, purge, réglage de la température, travaux etc.. - Renforcer la surveillance de la qualité de l'eau ➔ **Selon l'importance de la prolifération** - Mettre en œuvre des actions curatives nécessaires : nettoyage et désinfection, purge, montée en température … - Fournir une information adaptée aux personnes âgées et aux familles en fonction de l'analyse bénéfice/risque ; - Procéder au cas par cas à la suppression des installations à risque (bains bouillonnants, douches…) et mettre en œuvre des moyens limitant l'exposition aux aérosols (lavage au gant de toilette) ; - Procéder à la pose de filtres terminaux et au démontage des pommeaux de douche ; - Evaluer l'efficacité des mesures prises par une surveillance adaptée à l'importance de la contamination des prélèvements ; - Ne pas oublier d'informer les personnes qui sont sorties et qui ont séjourné au sein de l'établissement dans les 10 jours précédents les prélèvements.
PROCÉDURE DE DIFFUSION DES RÉSULTATS D'ANALYSE	Résultats définitifs adressés au responsable de l'établissement. Duplicata adressé par courriel et par fax ou papier (selon la politique définie) : ➔ Au responsable du carnet sanitaire **RAPPEL :** L'objectif cible est de maintenir la concentration en légionelles à un niveau inférieur à 1 000 UFC *Legionella pneumophila* / litre d'eau. Le fait d'atteindre **1 000 UFC *Legionella pneumophila* / litre d'eau doit déclencher l'alerte et un plan d'actions** au regard de la contamination du réseau. **Recommandation : toute contamination doit donner lieu à la recherche des causes de la contamination.**



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DE LA QUALITÉ DE L'EAU	Référence :
		Date : / /20
		Version :

CAHIER DES CHARGES POUR LA RÉALISATION D'UN DIAGNOSTIC DE RÉSEAU D'EAU

1. Objectifs

Etablir un cahier des charges pour la réalisation d'un diagnostic technique et sanitaire, des installations d'eau de l'établissement, afin d'assurer la qualité de l'eau, par la connaissance technique des installations.

2. Ce que l'audit comprend

- Identification de l'ensemble des réseaux d'eau de l'EHPAD.

- Etat des lieux des installations de production et de distribution de l'eau avec :
  - Description du système de production de l'eau chaude sanitaire ;
  - Un schéma de principe et les plans des réseaux d'eau froide et chaude, incluant la production d'eau chaude (ballons, échangeurs, etc.…), et le mode de circulation de l'eau ;
  - La liste des différents points de puisage de l'eau raccordés sur les différents réseaux ;
  - Une analyse des différents besoins en eau (qualité et quantité) ;
  - Le recensement des appareils susceptibles de produire des aérosols.
- Recensement des points critiques liés à des défauts :
  - De conception, tracé et dimensionnement du réseau, débit, vitesse, dispositif anti-retour ;
  - De réalisation : bras morts, absence d'élément de protection adaptée, communication entre les différents réseaux, température basse sur les retours de boucle des réseaux d'eau chaude sanitaire, élévation des températures d'eau froide (équilibrage des réseaux) etc.…
  - D'exploitation, d'entretien et de maintenance.
- Description du réseau d'eau chaude sanitaire :
  - Dispositif de traitement d'eau : adoucisseurs (réseau et installation desservies, entretien et qualité des sels et des résines, stockage des sels) ;
  - Identification des matériaux constitutifs des canalisations et analyse de la compatibilité (recherche des canalisations en plomb ou en acier noir) ;
  - Identification des bras morts, locaux inoccupés, bouts d'antenne ;
  - Identification de « niches bactériennes », comme certains brise-jets, les flexibles de douche, les douchettes, les joints défectueux ;
  - Relevés simultané de températures en différents points du réseau.
- Examen des procédures de maintenance, d'entretien et d'auto surveillance.

- Evaluation de l'aptitude du réseau à supporter les traitements de choc.

- Détermination des mesures préventives et correctives :
  - Chiffrage financier des coûts des travaux pour la sécurisation du réseau ;
  - Tableau des actions à mener à court, moyen et long terme en prenant en compte le niveau de risque.

3. Prestations complémentaires souhaitables

- Proposition de carnet sanitaire ;
- Proposition des procédures de maintenance et d'entretien ;
- Proposition de formation et d'information du personnel.



Logo ou nom de l'établissement	Gestion de la qualité de l'eau Carnet sanitaire	Référence : Date : / /20 Version :

PARTIE I - CONNAISSANCE DU RESEAU D'EAU SANITAIRE

1. Présentation de l'établissement

1.1. Renseignements administratifs

1.2. Intervenants

1.2.1. Intervenants internes

1.2.2. Intervenants externes (contrats)

1.3. Cellule d'alerte ou de crise

2. Les installations

2.1. Connaissance des installations de production et de distribution de l'eau froide sanitaire et de l'eau chaude sanitaire - Etat des lieux

2.1.1. Alimentation en eau de l'établissement
2.1.2. Distribution d'eau froide sanitaire
2.1.3. Distribution d'eau chaude sanitaire

2.2. Diagnostic du réseau

2.3. Plan des réseaux

PARTIE II - ORGANISATION INTERNE DE LA GESTION DU RISQUE LIE AUX LEGIONELLES

1. Règlementation

2. Maintenance et surveillance des installations d'eau chaude sanitaire

2.1. Maintenance des installations

2.1.1. Maintenance des installations de production
2.1.2. Maintenance des installations de distribution
2.1.3. Maintenance des points d'usage à risque (douches-flexibles, etc...)

2.2. Surveillance des installations

2.2.1. La surveillance physique
2.2.2. La surveillance analytique

2.3. Travaux réalisés sur le réseau d'eau chaude sanitaire

3. plan d'actions (court terme, moyen terme, long terme)

4. gestion des non conformités

CAT devant une contamination environnementale à la légionelles
CAT devant un cas avéré ou probable de legionellose

5. Carnet sanitaire

Tracer les éléments d'information, de surveillance et d'intervention

6. Autres installations à risque

- Brumisateur
- Fontaines décoratives





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DE LA QUALITÉ DE L'EAU	Référence :
		Date : / /20
		Version :

ENTRETIEN DE LA ROBINETTERIE
AÉRATEUR, NEZ DE ROBINET, POMMEAU DE DOUCHE, COL DE CYGNE, FLEXIBLE

Rappel : Privilégier :
- Les matériaux non métalliques.
- Les aérateurs de type étoilés.
- Les flexibles non cannelés.
- Les pommeaux de douche simples.

1. Objectif
Participer à la maîtrise des légionelles par des actions préventives de nettoyage / détartrage et désinfection des éléments de la robinetterie.

2. Recommandations
- Entretien au minimum une fois par semestre après évaluation de l'entartrage des installations, pour établir la périodicité d'entretien ;
- Vérifier la vétusté des périphériques, établir un échéancier de remplacements ;
- Privilégier le remplacement des flexibles et pommeaux de douche par du matériel neuf.

3. Mode opératoire
- ***Nettoyage / détartrage :*** Démontage, nettoyage / détartrage périodique des accessoires.
  Immerger les accessoires dans une solution acide.

PRODUIT	DILUTION	TPS CONTACT EN MINUTES	OBSERVATIONS
Vinaigre blanc	A moitié	15 à 30 minutes	Détérioration du matériel
Détartrant	Respecter les recommandations du produit	Observer le temps indiqué	Protection du professionnel

- ***Rinçage, Séchage :*** Soigneux, à l'eau du réseau – Laisser sécher.
- ***Désinfection :*** Plonger les accessoires dans une solution désinfectante.

PRODUIT	DILUTION	TPS CONTACT EN MINUTES	OBSERVATIONS
Chlore actif : 0.1 %	Eau de javel à 2.6% 200 ml dans 4800 ml d'eau froide	60 minutes	Détérioration du matériel
Détergent / Désinfectant	Selon les recommandations du produit		Protection du professionnel

Il est recommandé après la désinfection **:** De rincer et de sécher les éléments de la robinetterie et de les repositionner directement sans stockage.
- ***Rinçage :*** Soigneux, à l'eau du réseau.
- ***Séchage :*** Soigneux si les éléments sont stockés avant d'être repositionnés.
- ***Si Stockage :*** A l'abri de la poussière, dans un contenant nettoyé et désinfecté.
- ***Traçabilité :*** prévoir l'enregistrement des actions dans le carnet sanitaire.

 **Ne jamais mélanger les produits de nature différentes.**

La désinfection est efficace sur des surfaces préalablement nettoyées.

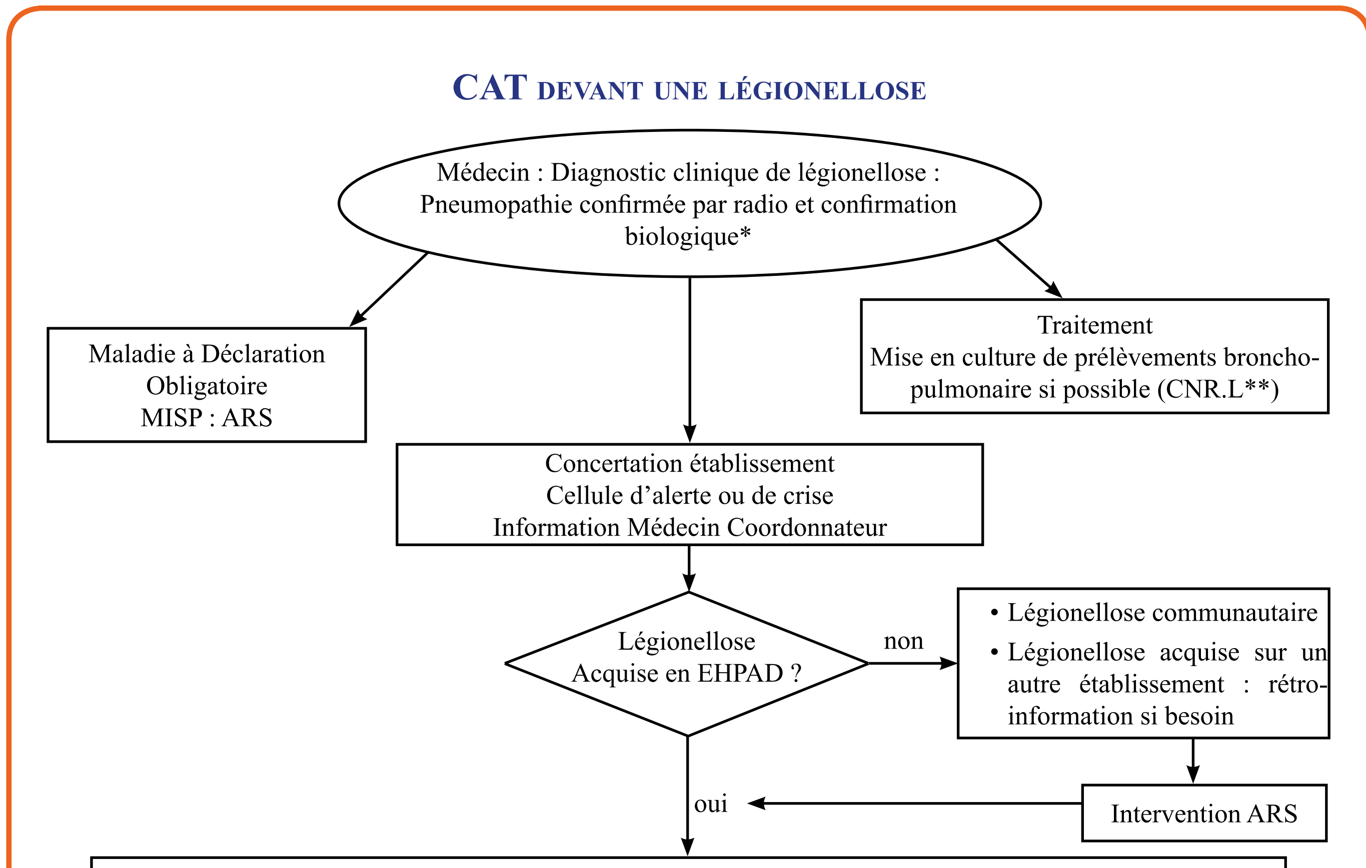






Logo ou nom de l'établissement	GESTION DE LA QUALITÉ DE L'EAU	Référence : Date : / /20 Version :

CAT DEVANT UNE LÉGIONELLOSE



- Rechercher l'exposition à risque par une étude environnementale :
  - ✓ Externe : tour aéroréfrigérée
  - ✓ Interne : plan de prélèvement du réseau d'eau chaude et eau froide, dispositifs médicaux (oxygénothérapie ou aérosolthérapie si concerné), bains à remous et / ou à jets, éventuellement lavabos...
- Mise en place des mesures préventives (condamnation douche, démontage des pommeaux, bains, salon de coiffure / mise en place de filtres ; Dispositifs médicaux : désinfection / élimination tubulures).
- Vigilance médecins
  - ✓ Information des médecins traitants
  - ✓ Surveillance des résidents

- Cas groupés de légionellose nosocomiale signalement CVGAS de l'ARS
- Mise en place des mesures nécessaires à la gestion de la contamination du réseau d'eau chaude sanitaire en légionelles

* Antigènes urinaires ou culture ou PCR positives
** Centre National de Référence Légionelle

ARS Agence Régionale de Santé
CVGAS Cellule Régionale de Veille et de Gestion des alertes Sanitaires







Logo ou nom de l'établissement	GESTION DE LA QUALITÉ DE L'EAU	Référence : Date : / /20 Version :

CAT DEVANT UNE CONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE À LA LÉGIONELLE

Alerte *Legionella pneumophila* $\geq 10^3$UFC/L

Lp entre 250 et 1000 UFC/L → Recherche la cause de la contamination, renforcement des mesures d'entretien et de contrôle des températures

signalement :
- ARS (CVGAS) Environnement Santé

Sécurisation des usages à risque*

Cellule d'alerte ou de crise

- Informer le personnel, les résidents et leurs familles et ceux ayant séjourné dans les 10 jours précédents.
- Rechercher les symptômes de pneumopathies éventuels chez les résidents.
- Rechercher l'origine des écarts et les causes de prolifération, en évaluer l'étendue.
- Mettre en œuvre les mesures nécessaires à la maîtrise des concentrations en légionelles.
- Mettre en place des actions curatives, les évaluer par une surveillance adaptée à l'importance de la contamination
- Le cas échéant, adopter un plan d'actions

Nouveaux prélèvements < 103 UFC/l lp

non → Cellule d'alerte ou de crise

oui →

- Levée d'alerte par l'ARS
- Entretien régulier réseau et équipements
- Surveillance des paramètres physiques et microbiologiques
- Suivi du Carnet sanitaire

*** Usages à risque :**

- Douches (salle de bain des résidents, salle de bain commune, salon de coiffure, cuisine…).
- Bains à remous et / ou à jets.
- Eventuellement, les dispositifs médicaux d'oxygénothérapie et / ou aérosolthérapie, les robinets.
- Humidificateurs, brumisateurs, fontaine décorative.
- Autres …







Logo ou nom de l'établissement	Gestion de la qualité de l'eau	Référence : Date : / /20 Version :

Purge d'eau en cas de contamination du réseau ECS par des légionelles

1. Objectif

Limiter la stagnation de l'eau. Favoriser la circulation de l'eau chaude sanitaire dans le réseau et sur les points d'usage peu ou pas utilisés :

- En préventif ;
- En curatif.

2. Lieu

- Appartements ou chambres ;
- Points d'usages :
  - Robinets d'évier, de douche, de lavabo ;
  - WC ;
  - Baignoires ;
    - Sous utilisés (moins d'une fois par jour) ;
    - Inutilisés ;
    - Ayant une température < 50°.
- Vestiaires ;
- Vidoirs.

3. Qui

- IDE, AS, ASH, AMP, Agents de maintenance.

4. Actions

- Etablir la liste des points d'usage ;
- Etablir la planification des chasses et leur traçabilité dans le carnet sanitaire ;
- Les vidanges :
  - Pratiquer une chasse d'eau chaude jusqu'à stabilisation de la température puis une chasse d'eau froide au minimum **une fois par semaine** de tous les points d'eau ;
  - Vérifier la position du robinet sur l'eau froide pour limiter le risque de brûlure ;
  - Rappel : Avant la douche, faire couler au sol l'eau pendant au moins 15 secondes.

5. Traçabilité

- Prévoir l'enregistrement des actions dans le carnet sanitaire.



Chapitre III : Gestion du matériel

Fiche n° III.1 : Entretien des dispositifs médicaux


SOMMAIRE





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DU MATÉRIEL	Référence : Date : / /20 Version :

ENTRETIEN DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (DM)

1. Objectif

Décrire les modalités d'entretien des dispositifs médicaux en contact avec la peau saine, la peau lésée ou une muqueuse du résident afin de prévenir le risque de transmission croisée.

2. Domaine d'application-personnel concerné

Ensemble des dispositifs médicaux réutilisables qui sont disponibles en EHPAD dans le cadre des soins préventifs, curatifs et/ou diagnostics.

Classement des dispositifs médicaux et niveau d'entretien requis

Destination du matériel	Niveau de		
	classement	risque infectieux	traitement requis
Introduction dans un système vasculaire ou dans cavité ou tissu stérile	critique	haut risque	- usage unique ou, - stérilisation ou, - désinfection de haut niveau. ex : petit matériel médico-chirurgical (pinces, curettes..).
En contact avec muqueuse ou peau lésée superficiellement	semi critique	risque médian	désinfection de niveau intermédiaire ex : bassin de lit urinal, chaise percée, matériel ORL…
En contact avec la peau intacte du résident ou sans contact avec le résident	non critique	risque bas	désinfection de bas niveau ex : tensiomètre, stéthoscope, appareil à ECG, barrières de lit, matériel de rééducation, …

Source : Guide des bonnes pratiques de désinfection des DM - CTIN - CSHPF – 1998

La stérilisation :

- **est sous la responsabilité d'un pharmacien gérant de pharmacie à usage intérieur,**
- **est incontournable pour les dispositifs médicaux stérilisables,**
- **du matériel médico-chirurgical non réutilisable dit « à usage unique » après utilisation, est interdite,**
- **à la chaleur sèche** (Poupinel®) **est proscrite.**

Le choix de dispositifs médicaux à usage unique en EHPAD est à privilégier. L'intégrité de l'emballage est à vérifier avant l'utilisation.



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DU MATÉRIEL	Référence :
		Date : / /20
		Version :

3. Références

- Comité technique national des infections nosocomiales. ''Surveillance microbiologique de l'environnement dans les établissements de santé' - Air, eau et surfaces''. 2002.
- Observatoire du risque infectieux en gériatrie - ORIG, Société française d'hygiène hospitalière - SF2H. Programme Priam. Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Consensus formalisés d'experts. Juin 2009.
- Guide de bonnes pratiques de désinfection des dispositifs médicaux. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France et Comité technique national des infections nosocomiales. 1998.

4. Responsabilité

- IDE Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code **Articles R. 4311-1 4311-4** & **4311-5** & **4312-11.**
- Aide soignante

L'application du protocole est sous la responsabilité de l'IDE selon la réglementation en vigueur.

Il existe un consensus dans l'EHPAD entre le médecin et le pharmacien pour le choix et le traitement des DM.

5. Description

5.1 - Définitions

- **Nettoyage** : action de nettoyer, éliminer des surfaces ou des objets (sans les endommager) les souillures afin d'obtenir un état de propreté visuelle. Elle se fait à l'aide de détergents qui sont des tensioactifs.
- **Désinfection :** opération consistant à détruire et/ou à inactiver les microorganismes présents sur les surfaces. On ne désinfecte bien que ce qui est propre.
- **Détergent- désinfectant** : produit alliant détergence et désinfection.
- **Stérilisation :** ensemble des opérations permettant d'obtenir l'état de stérilité d'un dispositif médical ainsi que le maintien de cet état.

5.2 - Principes de base

Tenue du personnel

- Absence de bijoux (bague, bracelet, montre) ;
- Cheveux attachés ;
- Mains propres et sèches, ongles courts dépourvus de vernis ;
- Tenue professionnelle propre ;
- Gants de ménage individualisés et entretenus ou gants vinyle à manchettes hautes ;
- Tablier.

5.3 - Propriétés microbiologiques

Lors du choix d'un produit, il est important de vérifier pour chaque norme que les conditions d'utilisation du produit, préconisées par le fournisseur (dilution, durée de trempage, température, action physicochimique), permettront d'obtenir l'activité attendue conformément aux résultats des essais selon les normes.

La norme NF EN 14885 définit, en fonction de l'usage, les normes européennes auxquelles un produit doit satisfaire pour revendiquer une activité microbicide. Compte tenu du fait que le panel de normes n'est pas encore complet, les propositions de normes à exiger ci-dessous pourront faire l'objet de révisions.





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DU MATÉRIEL	Référence : Date : / /20 Version :

Tableaux 1 et 2 d'activité des normes

Tableau 1

PRODUITS DÉTERGENTS DÉSINFECTANTS DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (DM)		
NORMES MINIMALES	BASE	EN CONDITIONS DE
Bactéricide	NF EN 1040 (T 72-152)	SALETÉ : NF EN 13727 (T 72-175)
Fongicide partielle (*Candida albicans*)	NF EN 1275 (T 72-200)	SALETÉ : NF EN 13624 (T 72-600)
Virucide (facultative, dépend de l'usage du produit)		**PROPRETÉ :** NF EN 14476 (T 72-185)
DE PRÉFÉRENCE		EN CONDITIONS DE PROPRETÉ
Bactéricide		NF EN 14561 (T 72-602)
Fongicide partielle (*Candida albicans*)		NF EN 14562 (T 72-206)

Tableau 2

PRODUITS DÉSINFECTANTS DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (DM)		
NORMES MINIMALES	BASE	EN CONDITIONS DE PROPRETE
Bactéricide	NF EN 1040 (T 72-152)	NF EN 13727 (T 72-175)
Fongicide	NF EN 1275 (T 72-200)	NF EN 13624 (T 72-600)
Virucide		NF EN 14476 (T 72-185)
Mycobactéricide - **Tuberculocide** *(Mycobacterium terrae)* - **Mycobactéricide** *(Mycobacterium terrae, Mycobacterium avium)*		NF EN 14348 (T 72-245)
DE PRÉFÉRENCE		EN CONDITIONS DE PROPRETÉ
Bactéricide		NF EN 14561 (T 72-602)
Fongicide		NF EN 14562 (T 72-206)
Tuberculocide ou mycobactéricide dépend de l'usage du produit		EN 14563 (T 72-246)

En cas de Désinfection de haut niveau (matériel thermosensible rare en EHPAD) le désinfectant est aussi Sporicide de base: NF T 72-230 ou 231 ou NF EN 14347 (T 72-232).



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DU MATÉRIEL	Référence :
		Date : / /20
		Version :

5.4 - Fiches techniques

- Fiche technique n° 1 : Préparation de la solution de détergent-désinfectant et entretien du bac de trempage
- Fiche technique n° 2 : Traitement des dispositifs médicaux réutilisables non critiques et semi critiques immergeables
- Fiche technique n° 3 : Traitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables

6. Recommandations

- Information et formation des professionnels chargés de l'entretien des dispositifs médicaux
- Diffusion de la procédure auprès des professionnels
- Réalisation d'audits de pratique.





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DU MATÉRIEL	Référence : Date : / /20 Version :

FICHE TECHNIQUE N°1

Préparation de la solution de détergent-désinfectant et entretien du bac

PREPARATION DU BAC	- Bac propre, gradué, vidangeable ; - Mettre des lunettes, un tablier et des gants ; - Remplir le bac d'eau du réseau en respectant la quantité ; - Ajouter une dose de produit détergent-Désinfectant adaptée à la quantité d'eau (selon les recommandations du fournisseur) ; - Mettre le couvercle sur le bac ; - Tracer l'heure et la date de préparation de la solution sur le couvercle du bac ; - Renouveler la solution toutes les 24h ou plus si saturée selon les recommandations du fournisseur.
ENTRETIEN DU BAC **Lors du renouvellement de la solution**	- Mettre des lunettes, un tablier et des gants ; - Nettoyer toutes les surfaces intérieures et extérieures avec une lingette à usage unique imbibée de détergent- Désinfectant ; - Rincer à l'eau du réseau ; - Laisser sécher ou le remplir pour une nouvelle utilisation ; - Entreposer après usage dans un lieu sec et propre.
MATERIEL DE NETTOYAGE DES DISPOSITIFS MEDICAUX **Après chaque utilisation**	- Brosse, écouvillon, seringue pour les dispositifs creux ; - Nettoyer en même temps que le bac.


Respecter la dilution du produit détergent-désinfectant

Quantité de produit insuffisante : solution inefficace

Quantité de produit excessive : danger pour les utilisateurs et pas d'efficacité supérieure



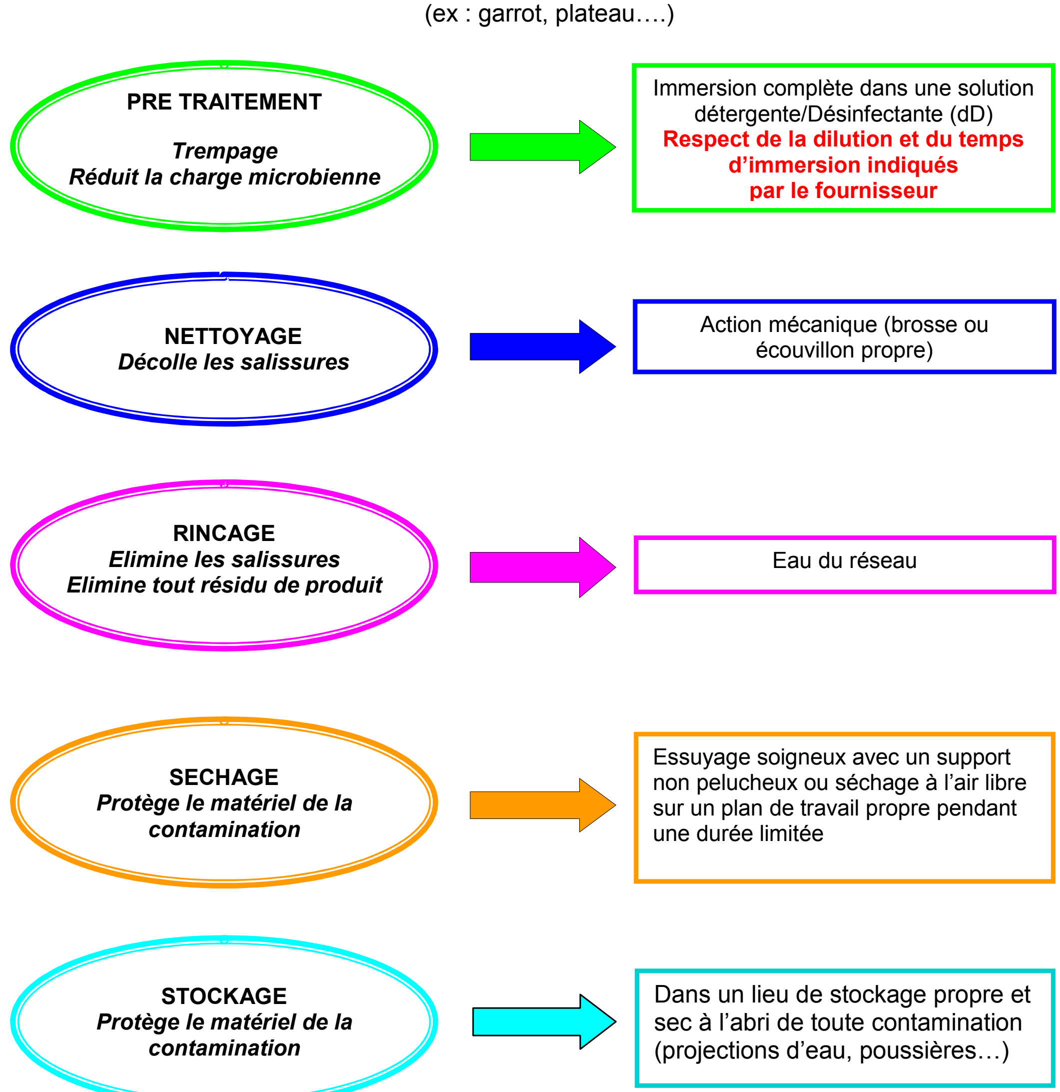




Logo ou nom de l'établissement	GESTION DU MATÉRIEL	Référence :
		Date : / /20
		Version :

FICHE TECHNIQUE N°2

Traitement des dispositifs médicaux réutilisables non critiques et semi critiques immergeables
(ex : garrot, plateau….)



Matériel non immergeable par sa taille ou par sa constitution (ex : brancards, tensiomètres, stéthoscopes, chariot de douche, lève malade, …) : désinfection avec une lingette à usage unique imprégnée de détergent-Désinfectant à laisser sécher ; il est possible d'utiliser un nettoyant-vapeur pour un nettoyage approfondi pour le matériel volumineux

Le rinçage après l'usage de lingette est inutile, sauf si le matériel est susceptible d'être en contact avec les muqueuses.

Pour les seaux de chaise, bassins, urinaux et bocaux de prélèvements, il est recommandé de limiter le risque infectieux pour les professionnels et l'environnement en utilisant un laveur désinfecteur (lave- bassin) thermique, ou chimique.







Logo ou nom de l'établissement	Gestion du matériel	Référence : Date : / /20 Version :

FICHE TECHNIQUE N°3

Traitement des dispositifs médicaux critiques réutilisables
(ex : matériel de soins stérilisables : ciseaux, pinces…)

Les étapes de pré traitement sont identiques à la Fiche technique N°2

Traitements soumis à réglementation

Matériel thermorésistant

Non → *Matériel thermosensible* — **DESINFECTION***

→ Immersion complète dans une solution désinfectante
Respect de la dilution et du temps d'immersion indiqués par le fournisseur

→ Rinçage soigneux et abondant avec une qualité d'eau adaptée microbiologiquement contrôlée

→ Essuyage soigneux avec un support à usage unique ou à l'air médical

Oui → *Matériel thermorésistant* — **STERILISATION***
EHPAD rattaché à un établissement de santé, PUI ou convention avec établissement de santé

→ **STOCKAGE**
Protège le matériel de la contamination environnementale

→ Dans un lieu de stockage propre et sec à l'abri de toute contamination (projections d'eau, poussières…)

*selon le système de qualité interne



Chapitre IV : Gestion des soins

Fiche n° IV.1 : Actes infirmiers et de nursing :

- Soins respiratoires - Aérosolthérapie
- Injections : IV/IM/SC
- Soins respiratoires - Oxygénothérapie
- Hygiène des mains professionnels et résidents
- Les Gants
- Pansements / Plaies
- Pose et gestion d’une perfusion sous cutanée
- Pose et gestion des cathéters veineux périphériques
- Sondage urinaire

Fiche n° IV.2 : Antiseptiques

Fiche n° IV.3 : Précautions Standard

Fiche n° IV.4 : Précautions complémentaires

Fiche n° IV.5 : Hygiène des résidents


SOMMAIRE





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

SOINS RESPIRATOIRES - AÉROSOLTHÉRAPIE

1. Objectif

Limiter le risque ou l'aggravation d'infections respiratoires des personnes âgées particulièrement exposées aux infections broncho-pulmonaires.

2. Domaine d'application-personnel concerné

Soins aux personnes âgées en EHPAD réalisés par les IDE, les Kinésithérapeutes.

3. Références

- Recommandations professionnelles, prévention des infections en EHPAD. ORIG/SF2H. 2009.
- Circulaire DGS/DHOS n°2002-243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé qui classe les humidificateurs parmi les installations à risque et précise qu'il est nécessaire d'employer une eau de qualité stérile.

4. Définitions

L'aérosolthérapie par nébulisation permet d'administrer au résident malade, par voie inhalée, des substances actives directement au niveau des voies respiratoires.

Les médicaments sont maintenus sous forme de fines particules liquides ou solides dispersées et transportées dans un gaz, permettant ainsi leur diffusion in situ.

5. Matériel utilisé

Générateurs d'aérosol :

- pour aérosols classiques à visée broncho-pulmonaire :
  - air comprimé (production pneumatique),
- pour aérosols à visée ORL - sinus :
  - sonique, ultrasonique.

Consommables : kit de nébulisation à usage unique :

- réservoir,
- tubulure,
- masque, embout buccal ou nasal.

6. Recommandations

Afin de limiter le risque de prolifération microbienne au sein des nébuliseurs, l'utilisation d'eau stérile lors de la préparation médicamenteuse = sécurité optimale.

→ **Préparation de la solution médicamenteuse**

- juste avant l'aérosolthérapie :
  - privilégier l'utilisation d'unidoses, de médicaments ou respecter les recommandations des fabricants pour la préparation et le stockage des flacons multi doses,
- posologie et durée de traitement doivent se conformer à la prescription médicale.

→ **Entre deux utilisations**

- ne jamais compléter le niveau du réservoir du nébuliseur,
- jeter le liquide, rincer avec une eau de qualité stérile, et sécher,
- protéger le kit après chaque utilisation à l'abri des souillures de la poussière, vider la cuve après chaque utilisation, essuyer et sécher avec des compresses stériles,
- essuyer le masque en cas de souillures, sinon le remplacer,
- utiliser du sérum physiologique,
- changer le kit entièrement tous les 7 jours.

Les générateurs doivent être nettoyés désinfectés après chaque utilisation avec un produit détergent-désinfectant. Le rinçage se réalisera avec de l'eau stérile.
L'entretien et le changement de matériel sont tracés dans le carnet sanitaire.



Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Injections : Intra-Veineux / Intra-Musculaire / Sous Cutanée

1. Objectif
Prévenir le risque infectieux pour le résident et le soignant (Précautions Standard).

2. Domaine d'application-personnel concerné
IDE et personnel habilité.

3. Références
- Hygiène et prévention du risque infectieux dans les EHPAD. CCLIN Ouest. 2002.
- Guide du matériel de sécurité GERES. 2010.

4. Bonnes pratiques
- Utiliser du matériel sécurisé ;
- Pratiquer une désinfection des mains par friction hydro-alcoolique avant et après le soin ;
- Porter des gants à UU non stériles (Précautions Standard) ;
- Utiliser un antiseptique alcoolique de préférence ;
- Déposer les aiguilles, seringues montées dans le conteneur à objet piquant coupant tranchant, placé à proximité et à la vue du professionnel.





Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Soins respiratoires - Oxygénothérapie

1. Objectif

Limiter le risque ou l'aggravation d'infections respiratoires des personnes âgées particulièrement exposées aux infections broncho-pulmonaires.

2. Domaine d'application-personnel concerné

Soins aux personnes âgées en EHPAD réalisés par les IDE, les Kinésithérapeutes.

3. Références

- Recommandations professionnelles, prévention des infections en EHPAD.ORIG/SF2H. 2009.
- Circulaire DGS/DHOS n°2002-243 du 22 avril 2002 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements de santé qui classe les humidificateurs parmi les installations à risque et précise qu'il est nécessaire d'employer une eau de qualité stérile.

4. Définitions

L'oxygénothérapie consiste en l'administration d'oxygène à des concentrations supérieures à l'air ambiant dans un objectif de traiter ou de prévenir les symptômes de l'hypoxémie.

5. Recommandations

- **Administration** par sonde, lunettes ou masque facial ;
- **Humification** requise si débit d'oxygène supérieur à 3 litres, ou si les muqueuses respiratoires sont lésées et sensibles.

Si humidification :

- Utiliser des réservoirs d'eau stérile prêts à l'emploi à usage unique ;
- Remplir le réservoir humidificateur (barboteur), celui-ci sera désinfecté une fois par jour ;
- Remplir le réservoir d'eau stérile jusqu'à sa limite maximum ;
- Ne jamais compléter le niveau du réservoir : jeter le liquide et procéder à un nouveau remplissage ;
- **Changer** les **lunettes** à oxygène, le **masque facial** tous les 7 jours, en l'absence de tout problème ;
- **Changer** la **sonde oxygène** : 1 fois/jour.

Gestion des DM :

- Stocker le système de distribution de l'oxygène dans un endroit propre à l'abri de toute source de contamination environnementale.

Réservoirs réutilisables ou barboteurs :

- **Si stérilisation** : vérification de l'intégrité de l'emballage protecteur de stérilité ;
- **Si désinfection** : désinfection de niveau intermédiaire puis rinçage avec une eau de qualité stérile, et s'assurer qu'elle a été réalisée (traçabilité).

Réservoirs UU :

- Intégrité du conditionnement, date de péremption ;
- Noter date et heure d'ouverture ;
- Connecter de manière aseptique les dispositifs d'inhalation ;
- Remplacement dès que le niveau d'eau minimal est atteint ;
- Limiter l'usage à 24 heures ;
- Ne pas remplir à nouveau.

Jeter systématiquement après utilisation.



Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Hygiène des mains professionnels et résidents

1. Objectif
Appliquer une hygiène des mains adaptée à chaque activité, afin d'éviter la transmission croisée manuportée des micro-organismes.

2. Domaine d'application-personnel concerné
L'ensemble des professionnels de l'établissement, les résidents et leurs proches.

3. Références
- « Surveiller et Prévenir les Infections liées aux soins » HCSP – 2010.
- Consensus formalisé d'experts de juin 2009 concernant « La prévention des infections en EHPAD ». Programme PRIAM de l'ORIG (Observatoire du risque infectieux en gériatrie) – HygièneS 2010 Volume XVIII N°1.
- Rapport du 28 septembre 2009 de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé relatif à l'innocuité des produits hydro-alcooliques (PHA) à base d'éthanol utilisés pour la désinfection des mains à peau saine par le grand public dans le cadre de l'épidémie de la grippe A (H1N1).
- Recommandations pour l'hygiène des mains HygièneS SFHH – Juin 2009.
- « Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ». Octobre 2007 Ministère de la Santé de la Jeunesse et des sports. Société Française de gériatrie et Gérontologie.
- Recommandations pour l'hygiène des mains – SFHH.2002.

4. Définition de l'hygiene des mains
Traitement des mains à l'aide de produits hydro-alcooliques (PHA) (en liquide ou en gel) ou lavage des mains avec un savon doux liquide.

5. Organisation générale : extrait des recommandations ORIG 2009
« Il est recommandé que les responsables des EHPAD fassent en sorte que l'hygiène des mains constitue une priorité dans leur établissement :
- en veillant que les distributeurs de PHA soient accessibles au moment où les soins sont dispensés,
- que les points d'eau soient équipés en conformité avec les recommandations,
- en favorisant des produits en conditionnement unitaire et non remplissables,
- en organisant la formation et l'information des professionnels et des intervenants de leur établissement,
- en sensibilisant les résidents et leurs proches à l'hygiène des mains ».

6. Pré requis pour l'hygiene des mains des professionnels



Mains et avant-bras sans bijou (bague, montre, bracelet…)

Les ongles courts et sans vernis

Sans faux ongles

Tenue à manches courtes ou relevées

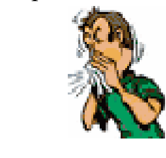
Utiliser des gants non poudrés pour permettre l'utilisation des produits hydro-alcoolique

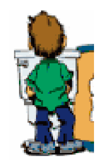
Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence : Date : / /20 Version :

7. Indications de l'hygiene des mains

Dans les gestes de la vie courante et au cours de l'activité professionnelle :

- Avant la prise et à la fin du service ;
- Après s'être mouché, coiffé…





- Avant et après être allé aux toilettes, etc...

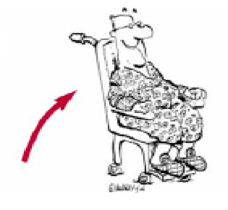
- Avant de mettre des gants et après les avoir retirés ;
- Avant de donner un médicament, un repas.

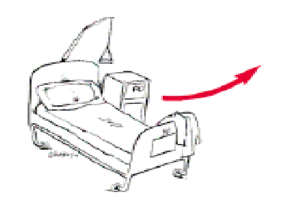




- Avant tout geste aseptique (sondage, pose de cathéter,…) ;
- Après tout geste septique (manipulation de déchets, linge souillé, bassin, urinal…).

- Entre deux résidents ;
- A la sortie d'une chambre de résident en précautions complémentaires type Contact, Goutelette, Air.





8. Le traitement hygiénique des mains par friction ou desinfection des mains par friction

Privilégier la friction hydro-alcoolique car :

Elle est **plus efficace** que le lavage des mains, même avec un savon antiseptique ;

A fréquence égale, elle est **mieux tolérée ;**

Elle est d'un usage **plus rapide.**



Réaliser une désinfection par friction avec un PHA en remplacement du lavage des mains en l'absence de souillure visible des mains.

PHA = Produit hydro-alcoolique

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Contre-Indications	Matériel	Technique
Ne pas utiliser sur mains : - **Souillées ;** - **Mouillées ;** - **Poudrées.** Ne pas utiliser : - Sur les bactéries sporulées comme le *Clostridium difficile ;* - Sur les parasites comme la gale, dans ces cas il est impératif de réaliser un lavage des mains qui doit être suivi d'une désinfection dans les cas *Clostridium difficile.* ATTENTION : Ne pas pratiquer en systématique un lavage simple suivi d'une désinfection.	Produit hydro-alcoolique (PHA) en gel ou en liquide répondant aux normes **NF EN 1040, NF EN 1275, NF EN 1500** 4 présentations possibles : - **500 mL environ avec pompe**, pour les flacons plans de travail et chariots (soins, ménage, nursing…) péremption : 6 mois après ouverture ; - **Flacons 500 mL environ avec supports muraux** pour : les salles de soins, la lingerie, la salle de kiné, les couloirs (selon autorisations de la sécurité incendie) …. péremption : 6 mois après ouverture ; - **Flacons de 1000 mL Airless** : pas de date limite d'utilisation après ouverture ; - **Flacons 100 mL** environ pour les poches des soignants Péremption : 3 mois après ouverture.	Verser dans le creux de la main, la dose nécessaire pour réaliser la friction en 7 temps. -- Frictionner jusqu'au séchage complet au moins durant 20 secondes (à préciser en fonction du produit) ; Ne pas rincer ; Répéter l'opération chaque fois que nécessaire ; Voir fiche technique SFHH en annexes.

9. Indications du lavage au savon doux liquide

Le lavage des mains a pour but d'éliminer les salissures et de réduire la flore transitoire par action mécanique.

C'est-à-dire lorsque les mains sont :

- **Visuellement souillées ;**
- **Mouillées ;**
- **Poudrées.**

et

- **Après un AES** et après contact avec des fluides biologiques ;
- **Dans les cas particuliers de diarrhées à *Clostridium difficile* et de gale**, le lavage des mains est nécessaire seul ou en préalable à une désinfection des mains par friction.

Dans les autres cas il est recommandé d'utiliser les PHA



10. Hygiene des mains chez les résidents :

Les résidents vivant en hébergement collectif :

- Leurs mains sont systématiquement lavées lors de la toilette matinale ;
- Leurs mains sont lavées lorsqu'elles sont visuellement sales ;
- Une hygiène des mains est réalisée après être allé aux WC ;
- Une hygiène des mains (désinfection ou lavage) est réalisée avant et après l'accès à une pièce commune :
  - Salle de restauration ;
  - Salle de détente ;
  - Salle d'activités ;
  - Atelier cuisine ;
  - Salle de kinésithérapie ou d'ergothérapie…
- Les poignées des cannes, des déambulateurs et des fauteuils roulants sont nettoyées périodiquement et chaque fois que visuellement sales.

Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence :
		Date : / /20
		Version :

ANNEXE : Fiche technique de désinfection des mains par friction

FRICTION DES MAINS

La friction est réalisée en 7 points et renouvelée autant de fois que possible dans la durée impartie.
Cette durée sera d'au moins 20 secondes et à définir en fonction du produit.

1 **Paume sur paume**
Désinfection des paumes

2 **Paume sur dos**
Désinfection des doigts et des espaces interdigitaux

3 **Doigts entrelacés**
Désinfection des espaces interdigitaux et des doigts

4 **Paume/doigts**
Désinfection des doigts

5 **Pouces**
Désinfection des pouces

6 **Ongles**
Désinfection des ongles

7 **Poignets**

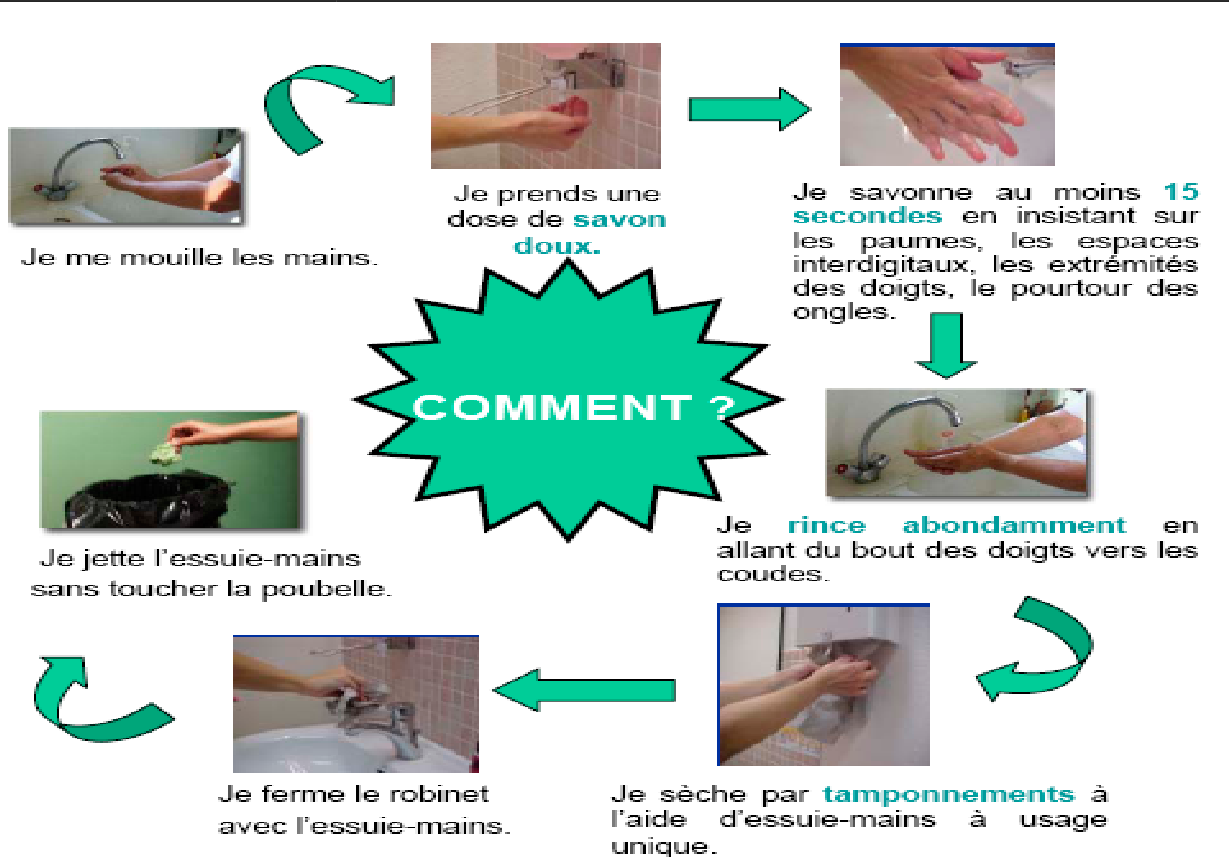
Recommandations pour l'hygiène des mains

SFHH HYGIENES

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

ANNEXE : Fiche technique de lavage des mains au savon doux liquide

Matériel	Technique
- **Savon doux liquide** (si possible à commande au coude) ; - **Essuie mains à usage unique** dans distributeur adapté ; - Poubelle **sans couvercle.** **Remarque :** Le ou les robinets les plus utilisés devraient être équipés d'une commande d'ouverture non manuelle.	1) Appliquer une dose de savon et laver les mains en massant 15 secondes ; 2) Insister sur les espaces interdigitaux, le pourtour des ongles, la pulpe des doigts et les poignets ; 3) Rincer abondamment ; 4) Sécher par tamponnement avec l'essuie-mains à usage unique. **Pour une meilleure tolérance au savon :** - Mouiller les mains avant de déposer le savon ; - Rincer efficacement ; - Séchage par tamponnement avec un essuie-mains à usage unique. **Pour ne pas recontaminer les mains après le lavage :** - Fermer le robinet avec l'essuie-mains ; - Jeter l'essuie-mains dans la poubelle sans couvercle.







Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

LES GANTS

1. Objectifs

Le port des gants a pour but de prévenir la transmission d'agents infectieux manuportée du soignant vers le résident et du résident vers le soignant :

- en cas de contact ou projection avec du sang, des liquides biologiques, des sécrétions ou excrétions,
- pour tout contact avec une peau lésée ou une muqueuse,
- lorsque les mains du soignant comportent des lésions cutanées.

Le port des gants a une place importante dans la prévention des risques d'accident d'exposition au sang et protège le soignant contre ce risque quand ils sont portés.

2. Domaine d'application-personnel concerné

Toutes les catégories professionnelles de l'EHPAD.
Tous les intervenants extérieurs : vacataires, libéraux, ….etc.

3. Références

- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. HCSP, SFHH. 2010 - Rec. 32, 33 et 34.
- Recommandations professionnelles, Prévention des infections en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Consensus formalisé d'expert, Programme Priam - ORIG, SFHH 2009 Rec.12, 13 et 14.
- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. SFHH. 2009 - Rec. 6, 7.
- Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles - INRS :
  - Fiche pratique ED 112. 2003. Des gants, contre les risques chimiques ;
  - Fiche pratique ED 118. 2004. Gants de protection pour les métiers de la santé.
- Circulaire DGS/DH n°98-249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang et les liquides biologiques.

4. Bonnes pratiques pour l'utilisation des gants

- Réaliser une technique d'hygiène des mains avant et après le port des gants ;
- Enfiler les gants au plus près du soin ;
- Changer les gants entre deux activités, entre chaque résident et à chaque soin :

  1 soin = 1 paire de gants

- Enlever immédiatement les gants après le soin, avant de toucher l'environnement du résident ;
- Eliminer les gants dans le circuit d'élimination spécifique des déchets (DASRI) ;
- Proscrire le port des gants lors des contacts avec la peau saine ;
- Proscrire la friction et le lavage des gants ;
- Ne pas conserver de gants de soins dans les poches ;
- Ne pas considérer la sueur comme un liquide biologique.

5. Recommandations

- Retenir des gants sans poudre en raison de l'utilisation des PHA ;
- Proscrire le port de bijoux et les ongles longs.



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

6. Indications d'utilisation des gants

Exemples de situation	Port de gants	Type de gants
Contact avec la peau saine	**Non**	
Soignant présentant des lésions cutanées	**Oui**	**Non stérile**
Entretien des locaux	**Oui**	**Non stérile**
Manipulation du linge propre	**Non**	
Manipulation du linge souillé	**Oui**	**Non stérile**
Pansement avec un set de soin et des pinces	**Non**	
Pose d'un cathéter veineux périphérique	**Oui**	**Non stérile**
Pose d'un cathéter sous cutanée	**Oui**	**Non stérile**
Pré traitement des dispositifs médicaux	**Oui**	**Non stérile manchettes hautes**
Prise de sang	**Oui**	**Non stérile**
Résident présentant des lésions cutanées	**Oui**	**Non stérile**
Toilette d'un patient non souillé	**Non**	
Toilette génitale	**Oui**	**Non stérile**
Vidange d'un sac collecteur d'urine	**Oui**	**Non stérile**

Note : devant des infections spécifiques telles que la gale et les diarrhées à *Clostridium difficile*, **le port des gants est obligatoire**. (cf. fiche gale VI-1).

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

PANSEMENTS / PLAIES

1. Objectif

Prévenir le risque infectieux sur peau lésée.

2. Domaine d'application-personnel concerné

- Concerne les pansements sur plaies aigues et chroniques à risque infectieux faible (exemple plaie suturée, ou plaie chronique d'ulcère ou d'escarre stade 2) ;
- IDE et personnel habilité.

3. Références

- Hygiène des plaies et pansement CCLIN Ouest 2004.

4. Recommandations

→ Plaies chroniques : exemple escarre au stade 2 ou ulcère

Fréquence :
- pansement changé lorsqu'il arrive à saturation au maximum une semaine et en fonction de la surveillance visuelle quotidienne,
- réalisation en début d'une série de pansements.

Matériel et produits :
- set de soins non indispensable,
- compresses stériles,
- nettoyage à l'eau du réseau ou sérum physiologique,
- pas d'antiseptique,
- pansement extra-mince type film hydro colloïde ou de film polyuréthane.

Traçabilité /suivi :
- vérifier le pansement tous les jours,
- surveiller état de la plaie.

Remarque : pas de prélèvements microbiologiques **sans prescription médicale.**

→ Plaies aigues : exemple cicatrice postopératoire, simple et suturée, agrafes, fils.

Fréquence :
- 1er pansement 24 à 48 h selon prescription,
- pansements suivants selon prescription (2x/semaine si pas de complications),
- réalisation de ce type de pansement en début d'une série de pansements.

Matériel et produits :
- set à pansement stérile ou gants stériles et compresses stériles,
- nettoyer au sérum physiologique puis sécher par tamponnement, avant l'application d'un autre pansement,
- antisepsie lors de l'ablation des fils ou agrafes,
- il est possible de ne pas recouvrir d'un pansement de protection, le risque infectieux étant faible, mais des situations peuvent le nécessiter : exposition au soleil, localisation de la plaie, et confort du résident (vis à vis des miettes, des souillures, frottement des vêtements).

Suivi/ traçabilité : surveiller l'apparition de signes inflammatoires : douleur, chaleur, rougeur, écoulement.

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

POSE ET GESTION D'UNE PERFUSION SOUS CUTANÉE

1. Objectifs

- Améliorer la qualité des soins lors de l'administration d'un soluté ou d'un médicament par voie sous-cutanée dans le respect des règles d'hygiène ;
- Définir les modalités de pose d'une perfusion sous-cutanée ;
- Définir les modalités de surveillance d'une perfusion sous-cutanée ;
- Prévenir le risque d'AES lié à ce soin.

2. Références

- CCLIN Est, mars 2006 : Recommandations de bonnes pratiques – Perfusion sous-cutanée ou hypodermoclyse.
- Recommandations pour les institutions et les résidents – ORIG.
- Conseils pour se préparer à d'éventuelles fortes chaleurs en EHPAD – Société française de gériatrie et de gérontologie.
- Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004, relatif aux parties IV et V du code de la Santé Publique (actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier).
- Recommandations AP-HP sur le bon usage des dispositifs médicaux de perfusion.
- Protocole AP-HP : perfusion sous cutanée.
- CCLIN Ouest, 2002 : Gestion des risques infectieux en gériatrie – perfusion sous cutanée.
- Prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé (AFSSAPS) juin 2005.
- Hypodermoclyse : Revue gériatrique supplément N°7 sept 2001. Dr Grumbach - Dr F. Delahaye.
- ANAES : Soins palliatifs : spécificité d'utilisation des médicaments courants hors antalgiques. Octobre 2002.
- ANAES : Service des Recommandations et Références professionnelles. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs. Décembre 2002. 154 p.

3. Matériel à prévoir :

Vérifier l'intégrité du matériel, des dispositifs médicaux à usage unique ainsi que les dates de péremption :

- Plateau ou plan de travail préalablement nettoyé et désinfecté ;
- Cathéters G22 ou micro perfuseurs épicrâniens 22G, tubulures, valves anti-retour ;
- Collecteur OPCT et son support de fixation ;
- Produit hydroalcoolique (PHA) ;
- Protection, poche déchet DASRI ;
- Compresses stériles ;
- Gants à usage unique non stériles ;
- Soluté et/ou médicament préparé ;
- Pansement occlusif stérile transparent ;
- Gamme antiseptique choisie par l'EHPAD ;
- Produit de rinçage en uni-dose : eau stérile ou sérum physiologique ;
- Pied à perfusion.

Remarque : Pour des perfusions sur plusieurs jours, il existe une possibilité de monter une valve anti retour ou un système d'accès clos (type Bionnecteur®). Ces montages seront réalisés sur prescription médicale.

4. Réalisation de l'acte

Vérifier la prescription médicale et les contre-indications ;
Rassembler le matériel nécessaire à la pose du soluté et/ou des médicaments sur le plan de travail.

5. Site d'injection par ordre prioritaire (en tenant compte des capacités d'absorption du tissu sous-cutané) :

- région abdominale (sauf péri ombilicale),

Si cette voie prioritaire est impossible,

- région antéro-externe des cuisses,





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

- région sous-claviculaire à 3 travers de doigt au dessous de la clavicule, **attention** vérifier l'absence de Pace Maker ou de site implantable. A éviter chez la femme (risque d'hématome inesthétique et douloureux),
- région sous scapulaire (dos) (peut être utile chez les résidents agités),
- bras : face externe (contre-indiqué si curage ganglionnaire axillaire sur bras à perfuser).

Précautions Standard
- hygiène des mains avec une friction hydro alcoolique (FHA),
- port de gants non stériles, non poudrés,
- présence du collecteur à aiguilles fixé et à portée de mains (à moins de 50 cm du soin).

Préparation
- friction hydro-alcoolique des mains,
- préparer la prescription, noter sur le flacon la date et l'heure de pose et la durée de perfusion. Eventuellement les produits médicamenteux rajoutés dans la perfusion,
- purger les tubulures,
- prévenir le résident du soin, l'installer confortablement,
- disposer le pied à sérum à l'endroit le plus pratique par rapport à la position soignant/résident,
- choisir une position ergonomique pour effectuer le soin,
- bien dégager le site d'insertion,
- vérifier l'intégrité cutanée,
- mettre la protection de lit,
- se frictionner les mains avec la FHA.

Préparation cutanée : Réaliser la préparation cutanée de la zone de ponction large en respectant les 4 temps.

N° Phase	Les différentes phases	Nature du produit	Exemple avec produits gamme PVPI (Bétadine®)	Exemple avec Biseptine®	Exemple avec produits gamme Chlorhexidine
1	DETERSION	Savon antiseptique	Bétadine scrub®	Biseptine® (un détergent entre dans sa composition)	Hibiscrub®
2	RINCAGE	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose
3	SECHAGE	Compresse stérile	Compresse stérile	Compresse stérile	Compresse stérile
4	ANTISEPSIE (Utiliser de préférence un antiseptique alcoolique)	Antiseptique alcoolique	Bétadine alcoolique®	Biseptine® (un alcool entre dans sa composition)	Hibitane Champ 0,5 % ®

Pose
- friction hydro-alcoolique des mains,
- mettre des gants non stériles à usage unique,
- décapuchonner le cathéter,
- faire un pli de peau entre le pouce l'index et le majeur sans écarter les doigts de plus de 3 cm pour ne pas soulever le muscle,
- piquer en introduisant le cathéter en sous-cutanée en faisant un angle de 45° par rapport au plan cutané.





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Remarque : Piquer biseau en l'air lors de la pose d'un cathéter (moins douloureux), et biseau en bas avec une épicrânienne (pour que le soluté s'écoule vers l'hypoderme).
En cas de ponction dans un vaisseau (reflux de sang) ou du muscle (douleur), il est recommandé de changer de site et de matériel de ponction.



- **évacuer** immédiatement le mandrin du cathéter dans **le conteneur OPCT**,
- adapter la tubulure,
- ouvrir doucement la molette,
- s'assurer que le passage du soluté n'entraîne pas de douleur ou de brûlure au patient, si RAS (un léger gonflement de la zone au démarrage est normal),
- vérifier le bon écoulement du soluté.
  (Si le cathéter est mal positionné, il faut repiquer le résident avec un nouveau matériel)
- recouvrir d'un pansement occlusif transparent stérile,
- on peut indiquer la date sur le bord du pansement transparent,
- régler le débit de la perfusion selon la prescription médicale.

Réinstaller le résident en lui demandant de signaler toutes douleurs, gênes ou problème au niveau du point de ponction. Mettre à portée de la main du résident les objets qui lui sont indispensables : lunettes, urinal, mouchoirs, sonnette, boisson.

Rangement : Evacuer les déchets. Ranger le matériel. Pratiquer une FHA. Assurer les transmissions écrites et orales.

Traçabilité : Le soin est noté sur le dossier de soins : Date et heure de la pose. Type de cathéter (ou d'épicrânienne). Position du site d'implantation de la perfusion.

Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Pose, gestion des cathéters veineux périphériques

Références

- « Surveiller et Prévenir les Infections liées aux soins » Haute autorité de santé - 2010.
- Audit cathéter veineux périphériques GREPHH 2009.
- Pose et entretien des cathéters veineux périphériques. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles - HAS - SFHH Avril 2007.
- Prévention des infections liées aux cathéters veineux périphériques – Recommandations pour la pratique clinique - HAS - SFHH novembre 2005.
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties 4 et 5 du Code de la Santé Publique (Actes professionnels relatifs à l'exercice de la profession d'infirmier).

Matériel à prévoir :

Vérifier l'intégrité des emballages et du matériel ainsi que les dates de péremption :

- Plateau ou plan de travail préalablement nettoyé et désinfecté ;
- Cathéters, tubulures, (si nécessaire : robinets, valves antiretour, rampes de robinets) ;
- Matériaux possibles : il est recommandé, pour prévenir le risque infectieux, d'utiliser soit des cathéters en polyuréthane ou en polymères fluorés ;
- Produit ou solution hydro-alcoolique (PHA ou SHA) ;



- Protection de lit ;
- Poche déchet DASRI, conteneur OPCT ;
- Compresses stériles, garrot ;
- Gants à usage unique non stériles ;
- Soluté préparé ;
- Pansement occlusif stérile transparent ;
- Gamme antiseptique ;
- Pied à perfusion ;
- S'il est indispensable de dépiler, utiliser une tondeuse, des ciseaux ou éventuellement une crème dépilatoire ;
- L'usage de rasoir augmente le risque infectieux. Le rasoir ne doit pas être utilisé pour dépiler.

Réalisation de l'acte :

- Vérifier la prescription médicale ;
- Rassembler le matériel nécessaire à la pose du soluté, sur le plan de travail nettoyé-désinfecté ;
- Si les mains sont visuellement propres réaliser l'hygiène des mains avec une friction hydro alcoolique ;
- Préparer le soluté juste avant la pose (cf. prescription) ;
- Noter sur le flacon : la date, l'heure de pose et la durée de la perfusion. Eventuellement les produits médicamenteux rajoutés dans la perfusion ;
- Purger les tubulures ;
- Prévenir le résident du soin, l'installer confortablement ;
- Disposer le pied à sérum à l'endroit le plus pratique par rapport à la position soignant/résident ;
- Choisir une position ergonomique pour effectuer le soin ;
- Bien dégager le site de ponction ;
- Mettre la protection sous le bras ;
- Désinfection des mains avec PHA ;
- Mettre les gants à usage unique, non stériles (Remarque : si le site d'insertion doit faire l'objet d'une palpation après l'asepsie cutanée, utiliser des gants stériles) ;
- Mettre le garrot ;
- Repérer le point de ponction ;
- Réaliser la préparation cutanée de la zone de ponction large en respectant les 4 temps en laissant sécher après la phase d'antisepsie.

Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence : Date : / /20 Version :

N° Phase	Les différentes phases	Nature du produit	Exemple avec produits gamme PVPI (Bétadine®)	Exemple avec Biseptine®	Exemple avec produits gamme Chlorhexidine
1	DETERSION	Savon antiseptique	Bétadine scrub®	Biseptine® (un détergent entre dans sa composition)	Hibiscrub®
2	RINCAGE	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose
3	SECHAGE	Compresse stérile	Compresse stérile	Compresse stérile	Compresse stérile
4	ANTISEPSIE (Utiliser de préférence un antiseptique alcoolique)	Antiseptique alcoolique	Bétadine alcoolique®	Biseptine® (un alcool entre dans sa composition)	Hibitane Champ 0,5 % ®

- ne plus toucher le site d'insertion du cathéter,
- décapuchonner le cathéter,
- piquer, introduire le cathéter,
- vérifier le reflux sanguin,
- enlever le garrot,
- appuyer sur la veine en amont du cathéter et à distance du point d'insertion,
- maintenir la pression jusqu'à l'adaptation de la tubulure sur le cathéter,
- retirer et évacuer immédiatement le mandrin du cathéter dans le conteneur OPCT situé à proximité du soin,
- adapter la tubulure,
- ouvrir doucement la molette,
- s'assurer que le passage du soluté n'entraîne pas de douleur ou de brûlure au patient,
- fixer la tubulure à la peau avec le sparadrap,
- vérifier le bon écoulement du soluté molette largement ouverte, puis ralentir le débit.

Remarque : Si le cathéter est mal positionné il faut repiquer le résident en prenant un autre cathéter

- recouvrir d'un pansement occlusif transparent stérile,
- retirer les gants à usage unique et pratiquer une friction hydro-alcoolique des mains,
- inscrire la date de la pose du cathéter sur le pansement,
- régler le débit de la perfusion,
- réinstaller le résident en lui demandant de signaler toute douleur ou gêne au niveau du point de ponction,
- mettre à portée de la main du résident les objets qui lui sont indispensables : lunettes, urinal, mouchoirs, sonnette, boisson, etc...,
- ranger le matériel,
- pratiquer une hygiène des mains par friction hydro alcoolique,

Traçabilité : Inscrire la date de la pose du cathéter sur le pansement. Noter le soin dans le dossier de soins du résident. Assurer les transmissions écrites et orales : date et heure de la pose, position et type de cathéter, DM installés (robinet, rampe, valve anti retour, valves bidirectionnelles…).

Rappel : Calcul du débit en gouttes par minute : Réglage du débit : Sachant que 1 mL = 20 gouttes.





Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Sondage urinaire

1. Objectif

- assurer l'élimination en continu des urines en prévenant la survenue d'infections lors de la pose et des manipulations du dispositif.

2. Domaine d'application-personnel concerné

- Le sondage urinaire à demeure étant la principale cause d'infection urinaire, ses indications doivent être limitées et reconsidérées quotidiennement ;
- Seuls les IDE et les médecins sont habilités à poser une sonde à demeure, le 1er sondage doit être réalisé en présence d'un médecin.

3. Références

- Hygiène et prévention du risque infectieux dans les EHPAD. CCLIN Ouest. 2002.
- Conférence de consensus sur la prévention des infections urinaires. SPILF 2002.
- Recommandations professionnelles, prévention des infections en EHPAD.ORIG/SF2H. 2009.

4. Recommandations

→ Respecter le principe du système clos lors de la pose et durant toute la durée du sondage

- Le principe du système clos correspond à la fermeture complète du système d'évacuation urinaire et à l'interdiction de déconnecter sonde/sac pendant la durée du sondage ;
- Matériel : collecteur muni d'un tube de vidange, d'une valve antireflux et d'une fenêtre de prélèvement pour limiter les ouvertures.

→ Geste invasif sur prescription médicale

- Pose avec aide ;
- Organiser le soin après la toilette du résident et la réfection du lit ;
- Réaliser une désinfection des mains par friction hydro-alcoolique ;
- Poser la sonde aseptiquement : toilette génitale au savon liquide simple, rinçage, séchage, application d'un antiseptique compatible avec la muqueuse ;
- Utiliser un gel lubrifiant stérile et en monodose peut diminuer le risque de traumatisme urétral et d'infection ;
- Porter des gants stériles pour l'introduction de la sonde ;
- Tracer le soin et les éventuels incidents dans le dossier de soins.

→ Maintenance

- Fixer la sonde sans tension, maintenir le sac en position déclive, en dessous du niveau de la vessie ;
- Réaliser une hygiène des mains avant et après chaque manipulation sur le dispositif de sondage ;
- Réaliser aseptiquement les prélèvements ECBU sur le site de ponction ;
- Vidanger les urines en utilisant gants et compresses imprégnées d'antiseptique ;
- Réaliser une toilette intime quotidienne au savon doux liquide et chaque fois que nécessaire avec des gants à UU non stériles ;
- Changer sonde et poche en même temps (le changement de sonde s'effectue par l'IDE, sans prescription médicale) ;
- Noter dans le dossier de soins tout incident, par exemple une déconnexion accidentelle.



Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence : Date : / /20 Version :

Antiseptiques

1. Objectifs

- Harmoniser les pratiques d'utilisation des antiseptiques afin d'éviter la survenue d'infections liées aux soins.
- Prévenir les risques liés à la gestion des antiseptiques.

1. Domaine d'application-personnel concerné

- Médecins, infirmiers
- Aides soignantes en collaboration avec l'infirmière et suivant le protocole établi.

2. Références et documents liés

- Le bon usage des antiseptiques - CCLIN Sud-Ouest 2001
- Antiseptiques et désinfectants - CCLIN Paris-Nord 2000

3. Définitions

- **L'antiseptique est un médicament,** il nécessite une autorisation de mise sur le marché (AMM) pour être commercialisé. Une définition des préparations antiseptiques est donnée par la Xe édition de la Pharmacopée française (Janvier 1990) : il s'agit de préparations ayant la propriété d'éliminer ou de tuer les micro-organismes ou d'inactiver les virus sur des tissus **vivants** (peau saine, muqueuses, plaies) :
  - présentées dans leur forme d'utilisation et utilisées telles quelles sauf exception justifiée et autorisée.
  - activité antibactérienne, antifongique, antivirale qui est indiquée et précisée.

- La dispensation est assurée sous la responsabilité d'un pharmacien et, dans le cadre d'un traitement, soumise à une prescription médicale.

4. Spectre d'activité des antiseptiques majeurs

- **Un antiseptique majeur est un antiseptique possédant un effet bactéricide à large spectre et levuricide**

Tableau d'après « le bon usage des antiseptiques » - CCLIN Sud-Ouest 2001

Antiseptiques	BG+	BG -	MB	Fungi	Spores	VE	VN
Biguanides	+++	++	+/ -	+	-	+/-	-
Iodés	+++	+++	+	++	++	++	++
Chlorés	+++	+++	+	++	++	++	++
Alcools	++	++	+	+	-	+	+/ -

Légendes : + : produit actif   +/- : produit inconstamment actif   - : produit inactif
BG+ : bacilles à Gram+, **BG-** : bacilles à Gram- ; **MB** : mycobactéries ;
VE : virus enveloppés ; **VN** : virus nus

Ce tableau est donné à titre indicatif. L'activité en pratique dépend de la formulation du produit commercialisé et de ses conditions d'emploi.

- **Exemples d'antiseptiques majeurs et leur conditionnement** (par ordre alphabétique) : (liste non exhaustive)
    - Alcool modifié 70°, flacon de 250 et 500 mL
    - Bétadine dermique®, dose de 10 mL, flacon de 125 et 500 mL
    - Bétadine alcoolique®, dose de 10 mL, flacon de 125 mL et 500 mL
    - Bétadine gynécologique®, flacon de 125 mL et 500 mL
    - Bétadine solution®, pour soins de bouche dose de 10 mL, flacon de 125 mL
    - Biseptine®, flacon de 40 mL, 250 mL, 500 mL, pulvérisateur 100 mL
    - Dakin Cooper®, flacon de 60 mL, 125 mL, 500 mL et kit AES
    - Hibitane champ® flacon de 125 mL et 500 mL, Chlorhexidine alcoolique Gilbert flacon de 125 mL (Chlorhexidine alcoolique à 0,5 %)
    - Poliodine dermique, dose de 15 mL, flacon de 45 mL, 100 mL, 500 mL
    - Povidone iodée Mylan® : flacon de 125 mL, 250 mL
- **Ne sont pas des antiseptiques :**
    - Eau oxygénée 10 volumes, flacon de 125 mL
    - Eosine 2 %, dose de 5 mL à usage unique

Remarque : Les solutions et gels hydro-alcooliques ne sont indiqués que pour la désinfection des mains et doivent être réservés à cet effet.

5. Principaux types d'antisepsie

ANTISEPSIE EN UN TEMPS – INDICATIONS

La désinfection de la peau saine avant prélèvement ou injection IM, IV directe, S/C, sur peau saine non souillée.
Exemple d'antiseptique pouvant être utilisé : alcool modifié à 70°.
Remarque : La désinfection des bouchons de flacons de médicaments injectables se fait avec des antiseptiques alcooliques.

ANTISEPSIE EN CINQ TEMPS – INDICATIONS

Pose d'un abord vasculaire veineux ou sous-cutané, sondage urinaire et autres actes invasifs …
Sur prescription médicale : Soins de plaies…

Cinq phases :

1. **Détersion** = Elimination d'une fraction de la flore cutanée et les substances organiques interférentes.
2. **Rinçage :** à l'eau stérile.
3. **Séchage :** par tamponnement avec des compresses stériles suivant l'indication.
4. **Application de l'antiseptique compatible avec le savon.**
5. **Séchage à l'air libre :** pour le respect du temps d'action.

Exemples pour la préparation cutanée de la peau saine avant un acte invasif

N° Phase	Les différentes phases	Nature du produit	Exemple avec produits gamme PVPI	Exemple avec Biseptine®	Exemple avec produits gamme Chlorhexidine
1	DETERSION	Savon antiseptique	Bétadine scrub®	Biseptine® (un détergent entre dans sa composition)	- Hibiscrub® - Gilbert scrub®
2	RINCAGE	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose
3	SECHAGE	Compresse stérile	Compresse stérile	Compresse stérile	Compresse stérile
4	ANTISEPSIE (Utiliser de préférence un antiseptique alcoolique)	Antiseptique alcoolique	Bétadine alcoolique®	Biseptine® (un alcool entre dans sa composition)	- Hibitane Champ - Chlorhexidine alcoolique Gilbert® toutes deux à 0,5 %®

Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Exemples d'utilisation d'antiseptiques pour la peau lésée, les muqueuses anales, vulvaires et les parties génitales masculines

N° Phase	Les différentes phases	Nature du produit	Exemple avec produits gamme PVPI	Exemple avec produits gamme DAKIN®
1	DETERSION	Savon antiseptique	Bétadine scrub®	Savon doux liquide stérile unidose 10 mL (Dascrub®)
2	RINCAGE	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose	Eau stérile en unidose
3	SECHAGE	Compresse stérile	Compresse stérile	Compresse stérile
4	ANTISEPSIE (Utiliser un antiseptique aqueux)	Antiseptique aqueux	Bétadine dermique®	Dakin stabilisé

6. Recommandations pour l'utilisation des antiseptiques

- Limiter le nombre de familles d'antiseptiques utilisés dans le même service à 2 (ou 3) familles ;
- Utiliser en fonction des indications de l'AMM et des recommandations des fiches techniques des produits. Vérifier la compatibilité avec la peau saine et/ou lésée ;
- Respecter le temps de contact indiqué par le laboratoire (Exemple : Bétadine scrub® jusqu'au blanchiment de la mousse, Bétadine alcoolique®, jusqu'au séchage,…) ;
- Utiliser un savon antiseptique et un antiseptique de la même famille afin d'éviter le risque d'inactivation des produits par antagonisme et le risque de toxicité par incompatibilité ;
- Rincer abondamment les savons antiseptiques (fragilité de la peau des personnes âgées) ;
- Sécher soigneusement en particulier au niveau des plis ;
- Surveiller la tolérance locale : érythème, dessèchement, irritation…
- Ne pas rincer l'antiseptique non scrub, sinon perte de l'effet rémanent.

7. Recommandations pour une bonne gestion des antiseptiques

- Vérifier la date de péremption du produit ;
- Indiquer la date d'ouverture sur le flacon (lorsque l'antiseptique n'est pas en unidose) ;
- Fermer le flacon après chaque manipulation ;
- Respecter la durée d'utilisation après ouverture du flacon ;
- Ne pas toucher l'ouverture du flacon afin d'éviter toute contamination ;
- Ne pas reconditionner, ne pas compléter un flacon ouvert ;
- Conserver à l'abri de la lumière et de la chaleur ;
- Nettoyer/désinfecter par essuyage humide l'extérieur des flacons après utilisation ;
- Eliminer systématiquement les flacons unidoses entamés (une utilisation = un acte) ;
- Eliminer les flacons et unidoses vides par la filière «déchets ménagers » ;
- Eliminer par la filière « DASRI » (sacs ou cartons jaunes) :
  - les flacons non vides,
  - les unidoses entamées.

Il convient de privilégier l'utilisation des unidoses ou des petits conditionnements, pour une meilleure maîtrise du risque de contamination des antiseptiques par des microorganismes

Logo ou nom de l'établissement	Gestion des soins	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Ce tableau présente des EXEMPLES D'ANTISEPTIQUES D'USAGE COURANT

Pour plus de renseignements sur les antiseptiques, se référer au Vidal ou au référentiel du CCLIN Sud-Ouest « Le bon usage des antiseptiques ».

Exemple d'antiseptique d'usage courant (liste non exhaustive)

Principales spécialités	Principales indications	Principales contre-indications effets indésirables	Délai utilisation après ouverture
ALCOOL 70° *Ethanol*	- Antisepsie de la peau saine pour IV, IM, SC - Désinfection des sites inertes : bouchons, sites d'injection - Pansements alcoolisés sur prescription médicale	- Irritant - Ne doit pas être appliqué sur les muqueuses et la peau lésée	Péremption : **30 jours**
BETADINE SCRUB ® 4% *Dérivés iodés*	- Détersion des muqueuses et des plaies souillées	Intolérance à la PVPI (Composant de la Bétadine® et autres génériques))	Péremption : **30 jours** Pour les unidoses (10 mL) : Jeter immédiatement après emploi
BETADINE ALCOOLIQUE ® 5 % *Dérivés iodés*	- Désinfection de la peau saine Temps de séchage : **30 secondes**		
BETADINE DERMIQUE ® 10 % *Dérivés iodés*	- Irrigation des plaies - Antisepsie des plaies propres, des brulures superficielles - Désinfection de la peau saine - Antisepsie cutanéo-muqueuse Temps de séchage : **1 minute**		
BETADINE GYNECOLOGIQUE ® 10 % *Dérivés iodés*	- Antisepsie vaginale		
BETADINE 10 % ® Pour bain de bouche	- Antisepsie de la cavité buccale - Soins post-op en stomatologie - Traitement d'appoint des infections de la cavité buccale		

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Principales spécialités	Principales indications	Principales contre-indications effets indésirables	Délai utilisation après ouverture
BISEPTINE ® *Alcool benzylique* *Benzalkonium chlorure* *Chlorhexidine gluconate*	- Désinfection de la peau saine lors d'hémoculture et toutes ponctions vasculaires ou sous cutanées Temps de séchage : **15 secondes**	- Rares cas d'eczéma allergique de contact - Passage systémique possible si occlusion - Pas d'application sur les muqueuses ou cavités internes notamment génitales (effet nécrosant) - Pas de contact avec le cerveau, les méninges ou le tympan (chlorhexidine)	Péremption : **30 jours**
DAKIN Cooper Stabilisé ®® Dérivés chlorés	- Antisepsie de la peau lésée - Antisepsie des muqueuses (après détersion) - Antisepsie de la peau lésée après AES (après détersion)	- Très bonne tolérance - Rares cas de sensations de brûlures - Efficacité diminuée sur plaie souillée de sang ou de pus	Péremption : **30 jours**
CHLORHEXIDINE savon HIBISCRUB ®	- Antisepsie de la peau saine et d'affections de la peau	- Ce médicament ne doit pas être appliqué dans les yeux ni dans le conduit auditif	Péremption : **30 jours**
CHLORHEXIDINE alcoolique 0,5 % Hibitane champ ®	- Désinfection de la peau saine lors d'hémoculture et toutes ponctions vasculaires ou sous cutanées	- Ne doit pas être appliqué sur les muqueuses et la peau lésée	Péremption : **30 jours**

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

PRÉCAUTIONS STANDARD

1. **Objectifs :** éviter tout risque de transmission d'infection par le sang, les liquides biologiques ou tout autre produit d'origine humaine et tout autre risque de transmission croisée de micro-organismes.
2. **Description de la conduite à tenir : tous professionnel, lors de tout soins pour tout résident.**

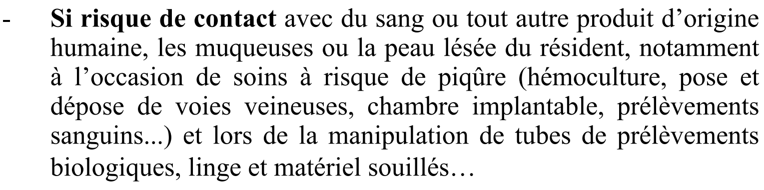
Hygiène des mains



- **Entre deux résidents, deux activités.**
- Remplacer le lavage des mains par la désinfection par friction avec une **solution hydro-alcoolique dès que possible**
- **Systématiquement après le retrait des gants**

Port de gants

Les gants doivent être changés entre deux résidents, deux activités.



- **Si risque de contact** avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du résident, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voies veineuses, chambre implantable, prélèvements sanguins...) et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés…

ET

- Lors de tout soin, lorsque les mains du soignant comportent des **lésions**.



Port de tablier à usage unique, lunettes, masque



- Si les soins ou manipulations exposent à un **risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine** (aspiration, soins aux personnes trachéotomisées, ablation de pace Maker, manipulation de matériel et linge souillé…).

Matériels souillés

Matériel piquant, coupant, tranchant à usage unique :

- Ne pas re-capuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation ce matériel dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin, et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié.

Matériel réutilisable :

- Manipuler avec précautions le matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine.

Vérifier que le matériel a subi un procédé d'entretien (stérilisation ou désinfection) approprié avant d'être réutilisé.

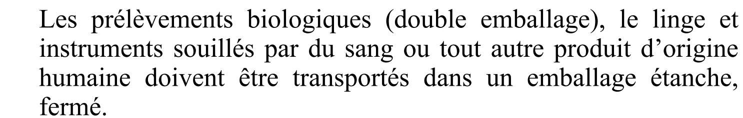


Surfaces souillées



- Nettoyer et désinfecter avec **détergent-désinfectant** approprié les surfaces souillées par des projections ou aérosolisation de sang ou tout autre produit d'origine humaine.

Transport de prélèvements biologiques, de linge et de matériels souillés



- Les prélèvements biologiques (double emballage), le linge et instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être transportés dans un emballage étanche, fermé.



Si contact avec du sang ou liquide biologique



- Après piqûre, blessure ;
- Après projection sur muqueuse (conjonctive, bucale, nasale).

Se rapporter au protocole de conduite à tenir en cas d'AES.

Réf : circulaire DGS/DH/DRT N° 98-228du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE

Mots Clés : Prévention de la transmission croisée Précautions contact Précautions gouttelettes Précautions air.

1. Objectifs

Mettre en place des mesures d'hygiène en complément des Précautions Standard afin de prévenir la transmission croisée de certains microorganismes.

2. Préambule

Ces précautions sont mises en œuvre **sur prescription médicale** dès l'apparition de tableaux cliniques évocateurs et lors de l'identification de certains microorganismes.
Ces précautions sont basées sur le mode de transmission des microorganismes. Les précautions air et gouttelettes sont nécessaires pour les microorganismes transmis selon un mode air ou gouttelettes. Les précautions contact peuvent être indiquées pour des résidents porteurs de microorganismes transmis par contact direct ou indirect à fort pouvoir de dissémination ou préoccupants sur le plan épidémiologique.
Ces mesures sont avant tout des **mesures techniques** en particulier lors des soins. La mise en place de mesures géographiques (isolement géographique, limitation des déplacements du résident) peut être nécessaire dans certaines situations.

3. Définitions

- **Transmission air :** Transmission à distance de germes par de fines particules de taille inférieure à 5 m (dropplet nucleï, poussières) et qui restent en suspension ;
- **Transmission gouttelettes :** Transmission à moins d'un mètre de microorganismes par des sécrétions oro-trachéo-bronchiques de taille supérieure à 5 m (salive, sécrétions des voies aériennes supérieures, éternuements, toux) ;
- **Transmission contact :** Transmission de microorganismes par l'intermédiaire du contact (surface des mains, de la tenue, du linge, environnement …).

Principales Indications des Precautions Complementaires

Précautions contact

- Infections cutanées : herpes, zona, érysipèle
- Gale
- Conjonctivites virales
- Gastroentérites
- Diarrhées à *Clostridium difficile*
- Certaines bactéries multirésistantes (entérocoques résistants aux glycopeptides …)

Précautions gouttelettes

- Grippe
- Infections respiratoires aiguës
- Coqueluche

Les **précautions air** en EHPAD concernent essentiellement la tuberculose.

Points Essentiels

1. La mise en place des précautions complémentaires se fait sur prescription médicale.
2. Les précautions complémentaires sont prescrites dès l'éventuelle apparition des symptômes et dans l'attente de la confirmation du diagnostic.
3. Les précautions complémentaires viennent toujours en complément des Précautions Standard.
4. Les précautions complémentaires sont adaptées à la situation clinique.
5. Les précautions complémentaires sont adaptées au contexte de l'établissement.
6. Les mesures géographiques sont limitées au maximum (épidémie ou microorganisme à haut risque de transmission) et évaluées au cas par cas.
7. Les produits hydro-alcooliques sont largement utilisés par le soignant ou les résidents.
8. Le résident et son entourage sont informés ainsi que les différents intervenants soignants (médecins, IDE, ASH, Kiné, ergo..) ou non (coiffeuse, bénévoles…).
9. Une signalisation est mise en place : par exemple dans le dossier du résident, dans la chambre …
10. La levée des précautions complémentaires se fait sur prescription médicale.

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

4. Recommandations

En complément des Précautions Standard

Précautions contact

Mesures techniques	Mesures géographiques
- Porter un tablier à usage unique lors des soins directs au résident ; - Privilégier le matériel dédié au résident ; - Réaliser une friction, ou un lavage simple suivi d'une friction en cas de mains souillées, après tout contact avec le résident ou son environnement proche et en fin de prise en charge du résident.	- Hygiène des mains du résident lorsqu'il se déplace ; - Changement des protections et réfection des pansements lors des déplacements ; - Isolement géographique : à discuter au cas par cas en fonction de l'évaluation du risque de transmission et en cas d'épidémie ; - Information et hygiène des mains des visiteurs.

Précautions gouttelettes



Mesures techniques	Mesures géographiques
- Porter un masque chirurgical ou masque de soins à proximité du résident (<1m) et pour les soins directs ; - Réaliser une friction ou un lavage simple suivi d'une friction en cas de mains souillées en fin de prise en charge du résident.	- Hygiène des mains et port de masque par le résident lorsqu'il se déplace ; - Isolement géographique en cas d'épidémie et à discuter au cas par cas en fonction de l'évaluation du risque de transmission ; - Information et hygiène des mains des visiteurs.

Précautions air

Mesures techniques	Mesures géographiques
- Porter un masque respiratoire spécifique type FFP avant d'entrer dans la chambre ; - Aérer la chambre plusieurs fois par jour.	- Chambre individuelle obligatoire ; - Porte fermée ; - Limitation maximale des visites (port de masque type FFP pour les visiteurs).

Dans tous les cas, assurer l'identification des résidents par une signalisation adaptée et respecter les procédures de l'établissement concernant la gestion de la vaisselle, du linge, des déchets et le bionettoyage. Dans la plupart des situations, le portage d'une bactérie multirésistante aux antibiotiques ne justifie pas de la mise en place de précautions complémentaires de type géographique.

5. Références

NosoBase : http://nosobase.chu-lyon.fr

Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

HYGIÈNE DES RÉSIDENTS



1. Objectifs

- Assurer l'hygiène corporelle du résident afin de conserver une peau saine permettant de jouer son rôle de barrière envers les micro organismes ;
- Participer au bien- être physique et psychologique du résident ;
- Favoriser un moment privilégié de la relation soignant-soigné.

1. Domaine d'application-personnel concerné

- Aides soignant(e)s DE ;
- Infirmier(e)s DE ;
- Auxiliaires de vie ;
- Aide Médico-Psychologique (AMP).

2. Références et documents utilisés

- Fiche conseils pour la prévention du risque infectieux – soins d'hygiène. CCLIN sud-est. Janvier 2010.
- Prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. ORIG 2009.
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. Société Française en Hygiène Hospitalière. Haut Conseil de la Santé Publique 2010.
- Pratiques d'hygiène en établissement d'hébergement pour personnes âgées DRASS midi-pyrénées 2007
- Décret concernant les actes professionnels et l'exercice de la profession infirmière, relatif aux parties IV et V du code de la santé publique en date du 29 juillet 2004.
- Arrêté du 22 octobre 2005 relatif au diplôme d'aide-soignant.

3. La toilette

Généralités

- Respecter la pudeur de la personne âgée ;
- Préserver l'autonomie ;
- Adapter le type de toilette au degré de dépendance en privilégiant la douche ou la toilette en lit douche. Le lit douche peut être utilisé en cas d'escarre ou de sondage urinaire
- Le résident bénéficie d'une toilette si possible complète tous les jours quel que soit son degré d'autonomie en recherchant le cas échéant son consentement.



Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES SOINS	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Recommandations

- Protéger la tenue de travail par un tablier à usage unique ;
- Respecter le principe du plus propre au plus sale ;
- Effectuer la toilette avant les gestes aseptiques ;
- Privilégier l'utilisation des matériels et produits propres au résident ;
- Privilégier l'utilisation de savon doux liquide ;
- Réaliser une hygiène des mains avant et après la toilette de chaque résident ;
- Porter des gants pour la toilette génitale en cas de peau lésée du patient ou du soignant ;
- Réaliser systématiquement des soins préventifs d'escarre ;
- Utiliser un collecteur à aiguilles à portée de main pour éliminer le rasoir après utilisation ;
- Changer la literie très régulièrement et aussi souvent que nécessaire ;
- Eliminer le linge sale et les déchets ;
- Assurer une désinfection des équipements sanitaires, lit-douche, chaise-douche et cuvettes entre chaque utilisation ;
- **Assurer l'hygiène des mains du résident aussi souvent que nécessaire dans la journée.**

4. Changement des protections

- Effectuer un change aussi souvent que nécessaire ;
- Réaliser une désinfection des mains avant et après chaque change ;
- Porter des gants à usage unique pour chaque change ;
- Protéger la tenue de travail par un tablier à usage unique ;
- Réaliser une toilette génito-anale lors de chaque change ;
- Privilégier l'utilisation de carrés de soins à usage unique en cas de diarrhée ;
- Pratiquer une prévention d'escarres (signaler les signes d'irritation, rougeurs, lésions…) ;
- Eliminer les protections dans le circuit des déchets ménagers (sac noir DAOM).



Chapitre V : Les vaccinations contre les affections respiratoires

Fiche n° V.1 : Vaccination dans un EHPAD


Sommaire





Logo ou nom de l'établissement	LES VACCINATIONS CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES	Référence : Date : / /20 Version :

VACCINATION DANS UN EHPAD

1. Objectif

Obtenir une couverture vaccinale :

- des résidents leur conférant une protection optimale vis-à-vis des virus grippaux saisonniers et du pneumocoque,
- du personnel (grippe, rougeole, coqueluche...).

2. Domaine d'application-personnel concerné

Ce document s'adresse à tout le personnel de l'établissement.

Pour le personnel, depuis 2000, le Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France (CSHPF) puis le Haut Conseil de la Santé publique (HCSP) recommandent la vaccination annuelle contre la grippe des profesionnels de santé et de tout professionnel en contact régulier et prolongé avec les sujets à risque ou s'occupant de personnes à risque. Cette vaccination a pour objectifs de protéger les patients et les personnels et de limiter la transmission dans la collectivité ainsi que la désorganisation des établissements dans les périodes épidémiques. Les directeurs des établissements de santé et des établissements médicosociaux sont invités à la proposer activement dans leurs établissements en mettant en place des campagnes de promotion de cette vaccination ainsi que des séances de vaccination .

Pour les résidents, le suivi et la mise à jour des vaccinations engage la responsabilité du médecin de chaque résident ou en l'absence de médecin traitant, la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement.

3. Références

3.1. Vaccination pour les résidents :

- Calendrier vaccinal se référer au BEH de l'année en vigueur : http://www.invs.sante.fr/beh/

3.2. Vaccinations réglementaires pour le personnel :

- Calendrier vaccinal se référer au BEH de l'année en vigueur : http://www.invs.sante.fr/beh/;
- Vaccination des personnels travaillant en établissement de santé (guide technique CCLIN SE) ;
- Affiches : http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Antennes/Auvergne/Activites/activites.html ;
- http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Newsletter/2011/01/Vaccination-grippe.pdf.

4. Organisation

4.1. Vaccination des résidents

Dans le dossier de chaque résident apparaîssent :

- la date de dernière vaccination contre le pneumocoque ainsi que la date du prochain rappel,
- la date de vaccination contre la grippe saisonnière mise à jour chaque année,
- en l'absence de vaccination il est noté la raison : refus du patient et/ou de la famille, contre indication médicale …

Une information des résidents et de leur famille est mise à disposition dés les premiers jours de l'automne pour le vaccin antigrippal saisonnier.

Une information régulière est réalisée auprès des médecins traitants.

Le médecin coordonnateur peut calculer le pourcentage de résidents vaccinés contre la grippe saisonnière chaque année, le pourcentage de résidents ayant une vaccination à jour vis-à-vis du pneumocoque (rappel tous les 5 ans).







Logo ou nom de l'établissement	LES VACCINATIONS CONTRE LES INFECTIONS RESPIRATOIRES	Référence : Date : / /20 Version :

4.2. Vaccination du personnel

Le médecin de la santé au travail organise avec le médecin coordonnateur des campagnes de vaccination annuelle contre la grippe saisonnière comprenant :

- une information de toutes les catégories de personnel,
- des séances de vaccination accessibles à tous (personnel de jour et de nuit, permanent et temporaire, paramédical, médical, personnel administratif en contact avec les résidents, personnel technique …),
- une mise à disposition gracieuse des vaccins (en concertation avec la direction),
- un suivi annuel du pourcentage de personnels vaccinés,
- la vaccination est pratiquée en respectant le secret médical et l'anonymat de chacun.

Documents d'aide au suivi et la réalisation de campagne de vaccination

TRAÇABILITÉ VACCIN : …………………………

(cette fiche peut servir au suivi soit des professionnels pour le médecin du travail, soit des résidents pour le médecin)

Année : |__/__/__/__| Suivi : **Résident** |__| **Professionnel** |__|

NOM	PRÉNOM	DATE	NOM DU VACCIN	N° DE LOT	NOM / PRÉNOM DE L'IDE OU DU MÉDECIN ADMINISTRATEUR



Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques


SOMMAIRE





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES RISQUES ÉPIDÉMIQUES	Référence : Date : / /20 Version :

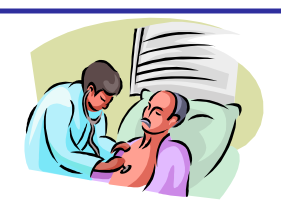
GALE

Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la gale dans les établissements de santé et sanitaires et sociaux
- *FICHE TECHNIQUE* -

La gale est une infection cutanée très contagieuse.

Le parasite responsable est *Sarcoptes scabiei hominis*, qui creuse des sillons dans la couche cornée de l'épiderme. La contamination est inter humaine = contact cutané direct d'un sujet parasité à un autre sujet, elle se fait aussi par l'intermédiaire de linge, literie ou vêtement contaminés. La vie en collectivité favorise la dissémination. Il est important de faire le diagnostic très tôt.
Les facteurs de risque de transmission sont les contacts rapprochés et la cohabitation d'un grand nombre de personne dans un espace restreint. Pour les soignants ce sont surtout les soins de nursing qui induisent la transmission.
Ces mesures sont à mettre en œuvre dès qu'1 cas apparaît. En cas d'épidémie, le service doit s'organiser pour que l'ensemble des mesures soient mises en œuvre le plus rapidement possible et de manière concomitante.

Diagnostic

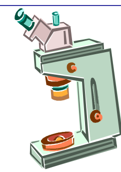


1. Diagnostic clinique

Association d'un prurit (à recrudescence nocturne) et présence de lésions cutanées (eczématiformes et de grattage)
Gale commune : touche les doigts, poignets, aisselles, organes génitaux, pas d'atteinte visage et dos
Gale norvégienne : forme rare très épidémiante, atteinte généralisée avec lésions croûteuses.

2. Diagnostic parasitologique

Réalisé par le laboratoire de biologie, se fait par grattage des sillons et identification au microscope. Un résultat négatif ne permet pas d'éliminer le diagnostic de gale.



Traitement



Pas de consensus pour traitement local et/ou oral : cependant la facilité d'utilisation plaide en faveur du traitement per os, et ce d'autant plus que le nombre de personnes à traiter est important (*)

Le traitement médicamenteux prescrit doit être pris à distance des repas.
En cas de contre indication, un traitement local par badigeonnage, pulvérisation, ou application de crème sur le corps sera effectué.



Si Traitement local par badigeonnage : appliquer avec un pinceau, individualisé et au nom du patient, sur peau propre et sèche (douche au savon doux avant), insister sur les lésions, renouveler l'application sur peau sèche 10 à 15 mn après ; (durée de contact 12 à 24h) ; changer la literie et mettre des vêtements propres.
Un badigeon peut être renouvelé une fois 8 jours après le 1er, si nécessaire.

* Avis du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France du 27 juin 2003 relatif à la conduite à tenir devant un cas de gale.

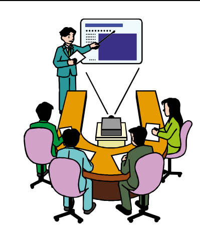






Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES RISQUES ÉPIDÉMIQUES	Référence :
		Date : / /20
		Version :

Information



Explication des mesures de contrôle :
- au personnel intervenant auprès du ou des patients « atteints » ou « contacts »
- aux intervenants extérieurs
- à la structure d'origine ou de destination si transfert récent
- à la blanchisserie de la structure

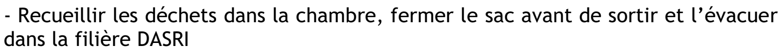
Recommandations :
- aux visiteurs (limiter les visites, port de surblouse, hygiène des mains, ne pas utiliser les toilettes du patient atteint)
- pas de transfert du ou des patients avant prescription de l'arrêt de l'isolement, c'est-à-dire 48h après administration du traitement.

Précautions complémentaires



Aux précautions standard habituelles qui sont une barrière efficace à la transmission : ajouter des précautions complémentaires « contact » (minimum 48h)

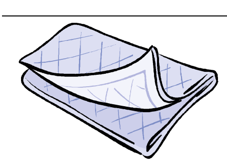
- Rappel « précautions contact » sur la porte de la chambre
- Chambre individuelle si possible ou regroupement si plusieurs patients atteints
- **Port de gants** et de **surblouse** à manches longues **avant** d'entrer dans la chambre
- Recueillir les déchets dans la chambre, fermer le sac avant de sortir et l'évacuer dans la filière DASRI



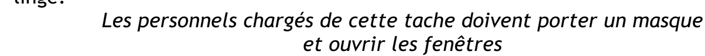
- Pratiquer un **lavage simple des mains dans la chambre après le retrait des gants** (action mécanique pour évacuer les parasites) puis SHA (pour la lutte contre la transmission croisée en général).

Une prescription médicale met un terme à l'isolement septique.

Gestion du linge



Linge supportant un lavage > à 60°: le placer dans un sac plastique ou hydro soluble, puis l'évacuer rapidement par le circuit habituel du linge (identifier le sac).
Linge ne supportant pas un lavage > à 60°: le pulvériser dans le sac à linge avec un produit acaricide type A-PAR® ou BAYGON VERT®, fermer le sac, attendre le temps préconisé par le fabricant (souvent 3 h) puis circuit habituel du linge.
Linge ne supportant pas un lavage > à 60° et en l'absence de produit : laisser le linge en quarantaine dans le sac pendant environ 8 jrs (tps nécessaire au sarcopte pour mourir faute de *squame*) ; puis reprendre le circuit habituel du linge.



Les personnels chargés de cette tache doivent porter un masque et ouvrir les fenêtres

Dans les ETS sanitaires et sociaux : confier le linge personnel à la famille quand il est traité, ou après mise en quarantaine 8 jours dans sac plastique fermé, identifié.

Matériel, literie, mobilier

- Privilégier matériel à UU, ou individualisé au patient, si matériel réutilisable avec tissu (brassards, sangles…) le traiter avec poudre acaricide dans un sac plastique étanche pendant 3h avant traitement habituel.

Le traitement de l'environnement est indiqué dans le cas de gale norvégienne profuse ou dans un contexte épidémique :
-Traiter oreillers, traversins, matelas sans housse (ou abimée) en appliquant un produit acaricide, laisser en contact selon mode d'emploi. Après traitement changer la housse, changer le tout au départ du patient.
-Traiter chaises, fauteuils à revêtement tissu avec produit acaricide (temps de contact selon mode d'emploi)

Les personnels chargés de cette tâche doivent porter un masque et ouvrir les fenêtres.

- **Signalement interne** → EOH, médecin du travail et direction
- **Signalement externe** → DDASS et CCLIN dans le cadre d'une épidémie

Références : CSHPF. Avis du 27 juin 2003 relatif à la conduite à tenir en cas de gale
CCLIN Sud Ouest. Recommandations concernant la gestion de la gale dans les établissements de soins et médico-sociaux, 2004







Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES RISQUES ÉPIDÉMIQUES	Référence :
		Date : / /20
		Version :

GASTRO-ENTÉRITE

Annexe (n°5) - Mesures de gestion environnementale

Nettoyage et désinfection des surfaces et des locaux

- nettoyer immédiatement toutes les surfaces souillées par des selles ou des vomissements : essuyage des salissures avec du papier à usage unique puis nettoyage et désinfection avec du papier à usage unique et un produit détergent-désinfectant ;
- s'assurer d'une fréquence de nettoyage au moins quotidienne de l'unité de soins affectée en insistant particulièrement sur les salles de toilette et de bain ;
- nettoyer, désinfecter et rincer les surfaces en portant une attention particulière aux toilettes et aux chambres des personnes souffrant de GEA ;
- renforcer le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées (ex. : poignées de porte, rails de lits, toilettes, lavabos, robinets) ;
- utiliser une solution désinfectante appropriée pour les surfaces après le nettoyage ; respecter le temps de contact nécessaire pour la désinfection. S'assurer que la solution soit virucide et corresponde à la norme européenne EN14 476
- les épisodes de cas groupés de GEA en EHPAD étant le plus souvent dut à des norovirus, utiliser de préférence un détergent puis de l'eau de Javel 2,6% diluée au 1/5 avec respect d'un temps de séchage de 10 mn ;
- nettoyer les pièces de mobilier (ex. : canapé en tissu) contaminés non résistants à l'eau de Javel, à la vapeur.

Préparation de l'eau de Javel
Si utilisation de berlingots de 250ml (solution à 9,6%) :

1. dilution dans un flacon de 1 litre (berlingot de 250ml + 750ml d'eau froide pour obtenir une solution de 1 litre à 2,6%),
2. puis nouvelle dilution au 1/5ème (1 litre de la solution préparée à 2,6% dans 4 litres d'eau) Si utilisation de bidons de 1 ou 2 litres (solution à 2,6%) :

- dilution directe au 1/5ème (1 litre du bidon dans 4 litres d'eau)

Traitement des dispositifs médicaux

- utiliser au maximum du matériel à usage unique ou dédiés aux résidents infectés. Ne pas faire de stock de matériel à usage unique et produits stockés dans la chambre ;
- évacuer les selles :
  - pour les patients incontinents : élimination filière DASRI
  - pour les patients continents :
    - utiliser des lave-bassins ;
    - à défaut : évacuer les selles dans le réseau d'assainissement suivi de la désinfection immédiate du bassin avec de l'eau de Javel ; ou utiliser des sachets protecteurs de bassins ou des chaises percées ;
- privilégier l'emploi de matériel à usage unique, renouvelé à chaque changement de chambre. A défaut, désinfecter le matériel réutilisable, à chaque changement de chambre, dans une solution d'eau de Javel diluée au 1/5ème en respectant le temps de contact de 10 minutes. Il est important de prévoir des stocks suffisants pour respecter ces temps de contact. Si le matériel ne permet pas l'utilisation de l'eau de Javel, réaliser une désinfection avec le produit en vigueur dans l'établissement, sous réserve de son efficacité prouvée contre les norovirus.

Traitement du linge

- conditionnement dans un double emballage, en cas de sacs insuffisamment perméables ;
- dans ces contextes particuliers de risque infectieux, il est préférable que le linge repris habituellement par la famille soit traité par l'EHPAD ;
- l'action des équipements de buanderie sur la lingerie souillée et contaminée est suffisante pour éliminer les risques d'infection ;
- les lessives doivent être réalisées à 60°C si possible et le linge délicat traité avec un produit désinfectant.





Logo ou nom de l'établissement	Gestion des risques épidémiques	Référence :
		Date : / /20
		Version :

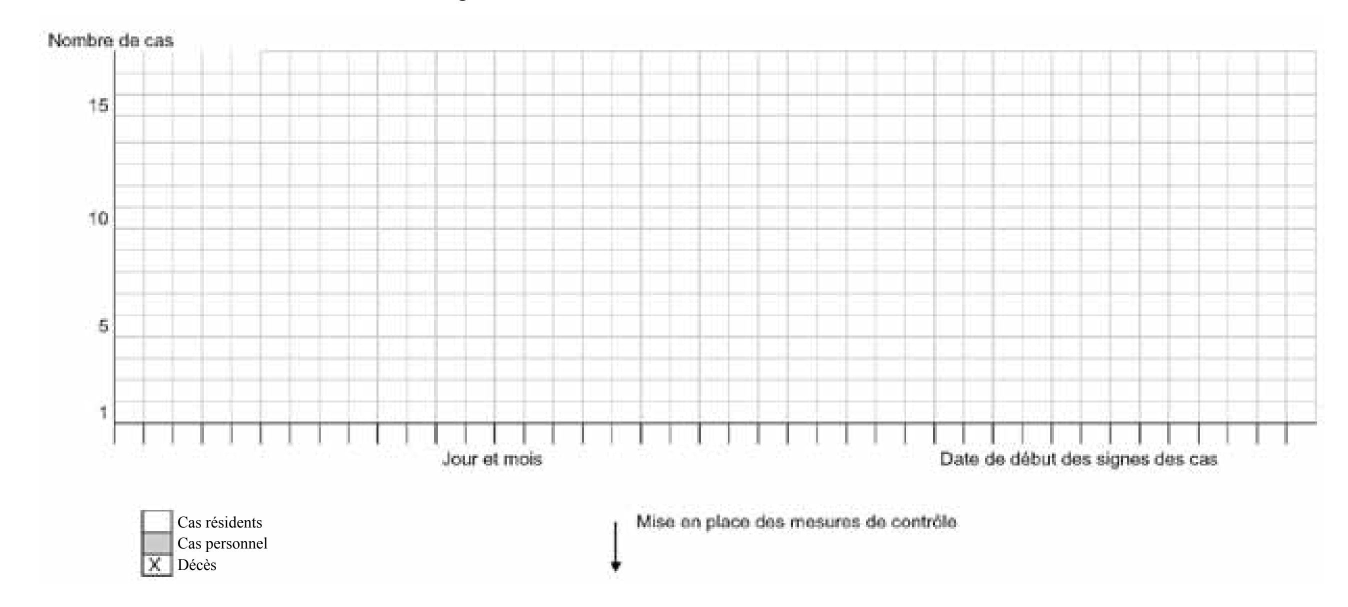
Traitement de la vaisselle
L'action détergente couplée à la montée en température assurée par les lave-vaisselles actuellement sur le marché assure un niveau de désinfection efficace et suffisant. Les lavages doivent être réalisés à 60°C.

Tri des Déchets

- éliminer dans la filière DASRI les gants, masques, surblouses, déchets afférents aux soins, immédiatement après leur usage ;
- prévoir, si aucune filière spécifique n'a été organisée, de vider à une fréquence renouvelée les conteneurs de déchets de l'établissement, ceux-ci étant systématiquement équipés d'un
- sac imperméable qui sera hermétiquement clos lors de son élimination ;
- détruire tous les produits alimentaires ayant pu être contaminés par des projections de vomissements ou par des manipulations de personnes malades.

Annexe (n°4) - Recensement des cas de gastro-entérites aiguës en EHPAD (résidents et personnels)
Ce formulaire est utilisable pour la surveillance ou l'investigation des cas groupés.

Nombre de cas selon la date de début des signes.







Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES RISQUES ÉPIDÉMIQUES	Référence : Date : / /20 Version :

CONDUITE À TENIR DEVANT UNE OU PLUSIEURS INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES BASSES
MESURES DE PRÉVENTION

Mesures de protection et d'hygiène en EHPAD lors d'épidémies d'infections respiratoires basses destinées au personnel travaillant en EHPAD

Mesures de prévention indispensables : La vaccination contre la grippe :
- des personnes âgées ou atteintes de pathologies chroniques
- des professionnels

Chez les personnes âgées, l'efficacité de la vaccination antigrippale reste partielle même si la couverture vaccinale de toute une résidence est bonne. Des épidémies ont été décrites dans des collectivités où la couverture vaccinale était correcte.

La vaccination de l'ensemble des professionnels est fortement recommandée chaque année (octobre) car son efficacité est démontrée :
- elle diminue le risque de grippe et par-là réduit la circulation du virus dans les institutions,
- la vaccination des professionnels permet de diminuer la mortalité hivernale dans les populations âgées institutionnalisées

Il s'agit donc d'un réel et important moyen de lutte contre la contagion et contre les épidémies de grippe dans la population âgée institutionnalisée.

Lavage et désinfection des mains :
Les professionnels doivent se laver les mains :
- avant tout contact direct avec un patient,
- après tout contact direct avec un patient et avant tout contact avec le patient suivant,
- après tout contact avec du sang, des liquides corporels, des sécrétions et des excrétions,
- après un contact avec des objets réputés contaminés ou jugés probablement contaminés par du sang, des liquides corporels, des sécrétions et des excrétions, y compris des sécrétions respiratoires (par ex. : tubulures pour oxygène, masques, mouchoirs en papier utilisés et autres objets manipulés par le patient)
- tout de suite après avoir retiré les gants et d'autres équipements de protection
- avant de préparer, de manipuler, de servir ou de consommer des aliments et avant de nourrir un patient.

Les solutions antiseptiques de rinçage sans eau (solutions hydro alcoolisées) sont efficaces parla désinfection des mains et doivent être facilement accessibles. Si les mains sont visiblement souillées, elles doivent être lavées à l'eau savonneuse avant l'utilisation de solutions antiseptiques.

Les patients et les visiteurs doivent recevoir des instructions concernant la bonne façon de se laver les mains (par exemple au moyen d'une affichette dans la chambre).

Gants
Le port de gants est une mesure additionnelle et ne remplace pas le lavage des mains. Un lavage des mains devrait être effectué tout de suite après le retrait des gants.





Logo ou nom de l'établissement	GESTION DES RISQUES ÉPIDÉMIQUES	Référence : Date : / /20 Version :

Masques[h]

Dénomination		Exemples d'indication	Porté par		
			Le soignant	Le patient	Le visiteur
Masque médical	*Sans couche imperméable*	Actes de soins ou de petite chirurgie sans risque de projection de liquides biologiques	X		
		Pour les déplacements des patients contagieux (exemple : tuberculose)		X	
		Pour les précautions «gouttelettes», dans la plupart des cas1.	X		X
	Avec couche imperméable	Actes de soins ou de chirurgie avec risque de projection de liquides biologiques vers le soignant	X		
Appareil de protection respiratoire jetable		Le choix entre FFP1, FFP2 ou FFP3 sera fonction de l'évaluation des risques (type d'agent biologique, tâche effectuée...). Exemples : • FFP1 : soins ou visite à un patient tuberculeux contagieux • FFP2 : pour les professionnels de santé dans des situations particulièrement à risque (intubation, expectoration induite, tuberculose multirésistante,), en période de grippe saisonnière, lors de la prise en charge de patient suspect ou atteint de SRAS, de grippe pandémique. Menaces bioterrorismes : • Choix selon les indications du plan Biotox	X		X

Les masques doivent être adaptés aux visages et changés conformément aux recommandations du fabricant. Il faut jeter tout masque qui est écrasé, mouillé ou est contaminé par les sécrétions d'un patient.

Chambre à plusieurs lits

- dans la mesure du possible il faut essayer d'isoler la personne malade en chambre individuelle,
- il faut maintenir la plus grande distance entre le patient infecté et d'autres personnes,
- les compagnons de chambre et tous les visiteurs doivent connaître les précautions à prendre pour lutter contre les infections.





Logo ou nom de l'établissement	Gestion des risques épidémiques	Référence : Date : / /20 Version :

1. _Pour la personne malade_

Dès le début des symptômes, et la confirmation du diagnostic par le médecin, la personne malade doit être maintenue dans sa chambre en limitant tout contact avec son entourage.

Les personnes ayant un contact avec la personne malade doivent être protégées :
- port d'un masque pour entrer dans la chambre du malade et lavage des mains à la sortie, ou solutions hydroalcoolisées
- port d'un masque de type chirurgical par le patient symptomatique lors de présence d'un tiers dans sa chambre,
- éviter toutes les visites inutiles dans la chambre du malade,
- aération régulière de la pièce,
- hygiène rigoureuse des mains après chaque contact avec le sujet.

Les déchets ménagers tels que les mouchoirs en papier et les masques sont jetés dans un sac en plastique, présent dans la chambre qui sera hermétiquement fermé avant transport.

Les repas seront pris en chambre.

Lors de la toilette de ces personnes malades il est recommandé au personnel de soins de porter un masque et de se laver les mains après la toilette.

Le mouchage, l'éternuement, l'expectoration, la toux
Il est impératif de respecter les règles d'hygiène de base des voies respiratoires, à savoir :
se couvrir la bouche chaque fois que l'on tousse, puis se laver les mains
se couvrir le nez chaque fois que l'on éternue, puis se laver les mains
se moucher avec des mouchoirs en papier à usage unique, jetés dans un sac plastique fermé hermétiquement, puis se laver les mains
ne cracher que dans un mouchoir en papier à usage unique, jeté dans un sac plastique fermé hermétiquement, puis se laver les mains

2. _Les professionnels de santé_

Les professionnels de santé en contact avec un malade avéré ou possible devront se protéger par le port de masque ou de protections respiratoires individuelles pour tout contact proche avec le malade. Le lavage des mains est la principale mesure pouvant aider à prévenir la propagation de l'infection.

Transport des patients à l'intérieur de l'établissement
Les patients souffrant d'infection respiratoire ne devraient sortir de leur chambre que pour des interventions essentielles. Il faut alors choisir un itinéraire, le plus court possible en évitant les zones très peuplées. Les préposés au transport portent un masque et des gants qu'ils doivent retirer immédiatement une fois le transport terminé. Les patients portent un masque chirurgical durant le transport.

3. _Visiteurs_

Les visiteurs doivent rencontrer un membre du personnel avant de pénétrer dans la chambre et, s'il y a lieu, doivent être informés de la bonne façon d'utiliser un masque ainsi que d'autres précautions. Les professionnels informent les visiteurs de la nécessité de se laver les mains et leur facilitent l'accès à des installations adéquates.
Le nombre de visiteurs devrait être maintenu au minimum.

En cas d'épidémie, tous les visiteurs doivent recevoir les consignes dès l'entrée dans la résidence (y compris les livreurs...)





Chapitre VII : Prévention des accidents avec exposition au sang

Fiche n° VII.1 : Prévention des accidents avec exposition au sang


Sommaire





Logo ou nom de l'établissement	PRÉVENTION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG	Référence :
		Date : / /20
		Version :

1. Objectifs



- Permettre une prise en charge rapide et efficace des professionnels en cas d'accident d'exposition au sang ;
- Diminuer les risques de séroconversion aux virus des Hépatites B, C et du VIH.

1. Domaine d'application-personnel concerné

- Tous les professionnels de l'EHPAD salariés ou vacataires pouvant être victimes d'un AES sur leur lieu de travail ;
- Tous les étudiants en stage ;
- Le médecin du travail.

2. Références

- **Arrêté du 28 mai 2010** fixant les conditions de réalisation du diagnostic biologique de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine (VIH 1 et 2) et les conditions de réalisation du test rapide d'orientation diagnostique dans les situations d'urgence.
- **« Surveiller et Prévenir les Infections liées aux soins »** P.152 à 156 – Haut Conseil de la Santé Publique, 2010 ;
- « Prévention des infections en EHPAD ». Programme PRIAM. Consensus formalisé d'experts, juin 2009. Observatoire du risque infectieux en gériatrie (ORIG), Société Française d'Hygiène Hospitalière. HygièneS 2010 Volume XVIII N°1 ;
- **Circulaire DGS/DHOS N° 91 du 13 mars 2008** relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Notion d'urgence dans la prise en charge, de médecins référents…
- **Circulaire DGS/VS2/DH/DRT n°99-680 du 08 décembre 1999** relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques (BO n°99-51) ;
- **Circulaire DGS/DH N°249 du 20 avril 1998** relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par du sang ou des liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé :
    - Politique de vaccination des professionnels ;
    - Les Précautions Standard ;
    - Les dispositifs médicaux de sécurité ;
    - La prise en charge des AES ;
    - La surveillance des AES ;
    - L'information des professionnels ;
    - L'évaluation des actions entreprises.
- **Le code du travail : article R231-60 à R231-65-3** qui pose la responsabilité du chef d'établissement qui doit fournir aux travailleurs des moyens de protection individuelle et fournir des instructions écrites, le cas échéant, des affiches portant sur la procédure à suivre ;
- **Le code de la santé publique : article L 3111-4** qui rend obligatoire la vaccination contre l'hépatite B pour certaines catégories de professionnels.

3. Définition

On appelle AES ou accident avec exposition au sang, tout contact avec du sang ou un liquide biologique contaminé par du sang, survenant par effraction cutanée (piqûre, coupure) ou par projection sur une muqueuse (yeux, bouche) ou sur une peau lésée (plaie, excoriation, eczéma…).



Logo ou nom de l'établissement	PRÉVENTION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG	Référence : Date : / /20 Version :

4. Description de la conduite à tenir immediatement après AES

LIRE ET SUIVRE LE PROTOCOLE

↳ RÉALISER LES PREMIERS SOINS ↲

Piqûre accidentelle ou contact sur peau lésée NE PAS FAIRE SAIGNER		Projection oculaire avec du sang ou un liquide biologique
1ère ÉTAPE		
- Nettoyer abondamment la plaie à l'eau et au savon doux ; - Rincer abondamment ; - Sécher.		- **Rincer l'œil abondamment** sous l'eau (ou avec du sérum physiologique) durant 5 à 10 minutes.
2ème ETAPE		
 - Appliquer l'antiseptique, par trempage de la zone lésée (si le trempage da la zone piquée est possible, sinon appliquer un pansement imbibé de produit antiseptique) Avec du DAKIN Cooper stabilisé® ou de la BETADINE dermique® **durant 5 à 10 minutes.**		
3ème ETAPE		
Jour Prévenir le cadre de santé ou l'IDE coordinatrice ou une personne de la direction et le médecin coordonnateur s'il est présent.		**Nuit, week-end et férié** Prévenir la personne de garde administrative; en particulier si le remplacement du professionnel exposé est nécessaire.
4ème ETAPE		
- Rechercher **le résident source** si l'identification est possible ; - Rechercher dans son dossier des analyses précédentes permettant de connaitre son statut sérologique vis-à-vis des Hépatite B, C et du VIH ; - S'il n'existe pas de résultats, faire appel aux médecins référents AES régionaux indiqués sur la fiche.		





Logo ou nom de l'établissement	PRÉVENTION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG	Référence :
		Date : / /20
		Version :

5ème ETAPE

CONSULTER PAR TÉLÉPHONE IMMÉDIATEMENT DE NUIT COMME DE JOUR

Le médecin référent AES de l'établissement de santé pourvu d'un service d'urgences le plus proche de l'EHPAD.
Un médecin référent AES est toujours joignable dans les services d'urgences.

Nom de l'établissement de soins : -- Numéro ☎des urgences : ____/____/____/____/____

Demander au médecin référent AES une évaluation téléphonique du risque :

- Le médecin référent confirmera ou infirmera le diagnostic d'AES ;
- Indiquera si des prélèvements sérologiques du résident sont nécessaires ;
- Indiquera si la victime doit se rendre ou non aux urgences.

Si un traitement antirétroviral est à prendre, la première prise doit avoir lieu **dans les 4 HEURES suivant l'AES**

Remarque concernant les prélèvements :

- Les sérologies hépatites B et C et VIH du résident source peuvent être demandées par le médecin référent.
- Elles seront réalisées :
  - Avec **l'accord écrit du résident** *(prévoir un document modèle en annexes)* s'il est conscient, sans son accord s'il n'est pas conscient.
    La famille ou le tuteur seront avertis dans un second temps.
  - Les résultats lui seront communiqués (ou à la personne de confiance) et le cas échéant une prise en charge sera adaptée
  - Avec **la prescription médicale du médecin référent** faxée. Réaliser les prélèvements sanguins nécessaires :
    Prélever : selon les modalités du laboratoire prestataire (à faire préciser)

Dans tous les cas, notifier la démarche dans le dossier du résident
Si prélèvements : prévenir le laboratoire choisi pour ce type d'analyse :

Nom du laboratoire : ....
☎ Heures ouvrables : 0___/_____/_____/_____/_____/____ ☎ Heures d'astreintes : 0___/_____/_____/_____/_____/____

Remarque : Le résultat du test du VIH réalisé par le laboratoire choisi, doit être disponible dans l'heure qui suit l'arrivée du prélèvement au laboratoire

Si déplacement aux urgences nécessaire Si la victime doit être remplacée :

1. Organiser le remplacement par la garde administrative ou le cadre de santé du service
2. **Appeler un taxi ou un VSL** : ☎ 0___/_____/_____/_____/____
3. Ne pas oublier de **joindre flacons d'examens ou les résultats des prélèvements** éventuels

CONDUITE À TENIR DANS UN SECOND TEMPS

Un médecin établit le certificat médical initial **dans les 48h**. L'agent déclare son accident de travail à la direction ou au service administratif concerné. La direction de l'EHPAD établira le certificat d'accident du travail.

Dans les 48 heures, le professionnel accidenté :

- Transmettra le certificat médical initial auprès des services administratifs et informera le médecin du travail ;
- Réalisera les sérologies demandées par le médecin du travail **dans les 8 jours suivant l'AES ;**
- Suivra les prescriptions du médecin du travail concernant le suivi sérologique éventuel au 1er, 3ème, mois ;
- Remplira si possible avec le médecin du travail un questionnaire anonyme détaillant les causes de l'accident, afin d'améliorer la prévention.

